FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1962 THESE N° 196

Pour

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplome d'Etat)

Par

POULET Jean-Claude

né le 12 Octobre 1933 à NIORT (Deux-Sèvres)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 5 MARS 1962

EVOLUTION DE LA MORTALITE FOETALE DANS L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIEGE

(Travail de la Maternité de l'Hôpital de Neuilly)

PRESIDENT DU JURY DE THESE : PROFESSEUR R. MERGER

F A C U L T E D E M E D E C I N E D E P A R I S

Année 1962 T H E S E N°

Pour

L E D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplome d'Etat)

Par

POULET Jean-Claude

né le 12 Octobre 1933 à NIORT (Deux-Sèvres)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 5 MARS 1962

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

EVOLUTION DE LA MORTALITE FOETALE DANS L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIEGE

(Travail de la Maternité de l'Hôpital de Neuilly)

PRESIDENT DU JURY DE THESE : PROFESSEUR R. MERGER

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BENARD (H.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (E.); CHAMPY (C.), DEBRE (R.), FEY (B.), GASTINEL (P.), HALPHEN (E.), HAZARD (R.) HEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLERY-RADOT, Petit-Dutaillis (D), QUENU (J.), RICHET (C.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.).

DOYEN . . . . . Léon BINET
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE
2e ASSESSEUR . . . . . Gaston CORDIER

I. - PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) / SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	MOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	MIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) / BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) / DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

B) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)

mbryologie . . . . . TUCHMANN (H.)
ygiène et médecine préventive . . . . . DEPARIS (M.)
arasitologie . . . . . BRUMPT (L.-C.)
athologie chirurgicale . . . . . LAURENCE (G.)
armacologie. . . . . LEVY (Mlle J.)
hysiologie . . . . . PARROT (J.)
hysique médicale . . . . . KELLERSHOHN (L.)

° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

linique carcinologique chirurgicale (Necker) . . . . . REDON (H.)
linique cardiologique (Broussais). . . . . MOUQUIN (M.)
liniques chirurgicales . . . . . (Beaujon . . . . . LORTAT-JACOB (J.-L.)
)Cochin . . . . . LEGER (L.)
(Hôtel-Dieu . . . . . PATEL (J.)
)Pitié. . . . . CORDIER (G.)
(Saint-Antoine. . . . . GOSSET (J.)
)Salpêtrière. . . . . SICARD (A.)
(Tenon. . . . . OLIVIER (Cl.)
linique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades) FEVRE (M.)
linique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin). . . . MERLE d'AUBIGNE (R.)
linique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais). . . . . GAUDART d'ALLAINES (F. de)
linique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec) . . . . . MATHEY (J.)
linique endocrinologique (Pitié) . . . . . DECOURT (J.)
linique de Génétique médicale (Enfants-Malades). . . . . LAMY (M.)
linique gynécologique (Broca) . . . . . FUNCK-BRENTANO (P.)
linique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis) . . DEGOS (R.)
linique des maladies des Enfants (Enfants-Malades) . . . . . CATHALA (J.)
linique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) . . . . . MOLLARET (P.)
linique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne). . DELAY (J.)
linique des maladies métaboliques (Necker) . . . . . HAMBURGER (J.)
linique des maladies du sang (Broussais) . . . . . MARCHAL (G.)
linique des maladies du système nerveux (Salpêtrière). . . . . CASTAIGNES (P.)
liniques médicales . . . . . (Boucicaut. . . . . LENEGRE (J.)
)Broussais . . . . . SOULIE (P.)
(Cochin. . . . . JUSTIN-BESANCON (L.)
)Cochin . . . . . BROUET (G.)
(Hôtel-Dieu . . . . . BARIETY (M.)
)Lariboisière . . . . . SEZE (S. de)
(Pitié . . . . . DREYFUS (G.)
)Saint-Antoine. . . . . KOURILSKY (R.)
linique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat). . . . . DEBRAY (C.)
linique médicale propédeutique (Broussais) . . . . . GENNES (L. de)
linique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) . . . . . DEROT (M.)
linique de neuro-chirurgie (Pitié) . . . . . DAVID (M.)
linique neurologique (Salpêtrière) . . . . . GARCIN (R.)
liniques obstétricales . . . . . (Baudelocque. . . . . LACOMME (M.)
)Foch (Suresnes). . . . . MERGER (R.)
linique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) . . . . . VARANGOT (J.)
linique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) . . . . . RENARD (G.)
linique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière). . . . . AUBRY (M.)
linique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-De-Paul). LELONG (M.)
linique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) . . . . . MARIE (J.)
linique de pneumo-phtisiologie (Laennec) . . . . . BERNARD (E.)

Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUD (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.) LHERMITTE (F.) PEQUIGNOT (H.)

II. - Professeurs sans chaire, Professeurs Agrégés et Maitres de Conférences - Agrégés -

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) GOUINAUD (C.) GILLOT (G.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique ..	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) Pr.s.ch. ABELANET (R.) BUSSER (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (CH) m.conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURCH (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale . . .	BAULIEU Et. m.conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à L'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Cancérologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie ...	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.) pr.s;ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie.	BESANCON (F.) CORNET (AL)
Hygiène	BOYER (J.) pr.s.ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses.	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine Légale	DEROBERT (L.) pr.s.ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail . .	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BREGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

	MM.
thopédie	JUDET (R.), MEARY (R.), POSTEL (M.), RAMADIER (J.)
o-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.), PIALOUX (P.)
rasitologie	GOLVAN (Y.), LAPIERRE (J.)
thologie chirurgicale	BARCAT (J.), BINET (J.-P.), CAUCHOIX (J.), CERBONNET (G.), CHATELIN (C.-L.), DUBOST (Ch.), DUBOST (CL.), FAUREL (J.), FLABEAU (F.), GARBAY (M.), GARNIER (H.), Cl.de GAUDART-D'ALLAINES, GERMAIN (A.), LATASTE (J.), LEVEQUE (B.), LOYGUE (J.), MERCADIER (M.), NATALI (J.), PelleRIN (D.), PERROTIN (J.), ROBERT (H.), THOMERET (G.)
thologie exotique	SCHEIDER (J.)
thologie expérimentale	BENHAMOU (J.P.), BERTHAUX (P.), BOIVIN (P.), CROSNIER (J.), HARTMANN (J.), LOEPER (J.), MAURICE (J.), MIKOL (cl.), RICHET (G.)
thologie médicale	AUSSANNAIRE (M.), BOUVIER (J.), BOUVRAIN (Y.), BRICAIRE (H.), BRISSAUD (H.), BROCARD (H.), BUGE (A.), CATINAT (J.), CHRETIEN (J.), COBLENTZ (N.), CONTAMIN (F.), COURY (C.), ETIENNE (J.-P.)

	MM.
Pathologie médicale	FREZAL (J.), FRITEL (D.), HENNEQUET (A.), HIMBERT (J.), HOUSSET (E.), LAROCHE (Cl.), LESOBRE (R.), MACREZ (C.), MOREAU (L.), NICK (J.), ROYER (P.), TOURNEUR (R.), WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	JosePH (R.), LAFOURCADE (J.), LEPERCQ (G.), MANDE (R.), MOZZICONACCI (P.), POLONOVSKI (C.), ROSSIER (A.), VIALATTE (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.), LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.), DEJOURS (P.), DURAND (J.), GIRARD m. conf., HUGELIN (A.), SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.), GOUGEROT (L.), m.conf. pr. s. ch., GREMY (F.) m. conf., MILHAUD (G.), PELLEGRIN (P.), ROUCAYROL (J.-Cl), TUBIANA (M.)m.conf.
Pneumo-phtisiologie	KREIS (B.), MEYER (A.), RENAULT (P.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.), DUCHE (D.), FLAVIGNY (H.), LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.), CHAPUT (MmeA.)m.c.agr, GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGE (P.), LAMOTTE (M.), MARCHE (J.)

	MM.
ologie	(AUVERT (J.) (MOULONGUET (A.) (QUENU (L.)

III. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE.
à titre permanent.

	MM.		MM.
atomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	(DESVIGNES (P.) (OFFRET (G.)
inique chirurgicale. . .	(ABOULKER (P.) (AMFLINE (A.) (pr. s;ch. (VERNE (J.M.)	Clinique oto-rhino-laryngologique. . . .	MADURO (R.)
inique médicale	(PERRAULT (M.) (RAMBERT (P.) (THIEFFRY (S.)	Clinique pédiatrique et puériculture . . .	LAPLANE (R.)
		Clinique psychiatrique.	BARUK (H.)
inique obstétricale	(GRASSET (J.) (MAYER (M.)	Clinique urologique . .	KUSS (R.)

IV. - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

ctériologie	(HAUDUROY (P.) Pr.s.ch.
thologie chirurgicale	(RUDLER (J.) Pr. s. ch.
. - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE	(BOLTANSKI (E.) (LAUNAY (C.)
crétaire général de la Faculté.	M. LENA (J.)
crétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
nservateur en Chef de la Bibliothèque . . .	(
nservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	(M. Le Docteur HANH (A.)
nservateur.	Mlle DUMAITRE (P.)
bliothécaires	(Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), (Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions ises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme opres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improba-on.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Puisse son souvenir m'aider
à rester digne de ce qu'il fût

A MA FEMME

En gage de mon amour

A MON FILS

A MA MERE

Je lui dois tout

A MES BEAUX-PARENTS

A MON BEAU-PERE

En témoignage de ma gratitude
et de mon amour filial

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. LANTUEJOUL

Professeur Honoraire de Clinique Obstétricale

à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Vous avez bien voulu nous confier des fonctions d'Externe dans votre Service.

Votre Enseignement admirable nous a donné le goût et l'amour de l'Obstétrique. Votre grand exemple a marqué pour toujours Vos élèves de son empreinte.

Les mots sont impuissants à vous dire notre gratitude.

AU PROFESSEUR ROBERT MERGER

Professeur de Clinique Obstétricale

à la Faculté de Médecine de Paris

Gynécologue-Accoucheur des Hopitaux de Paris

Votre Didactique marquera pour toujours vos élèves. Vos travaux seront la Lumière de générations d'accoucheurs.

Vous avez bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse.

Puisse t-elle être un bien faible témoignage de la très respectueuse admiration que nous vous portons.

AU PROFESSEUR M. FAURE

Professeur de Clinique Chirurgicale

Directeur de l'Ecole de Médecine de Plein Exercice de Limoges

Votre Amour de la Chirurgie
reste un des plus chers souvenirs de vos anciens élèves

Vous avez guidé nos premiers
pas dans les études médicales

Puissiez- vous trouver ici l'expression de notre respectueuse
et profonde gratitude.

AU DOCTEUR M.PH. TORRE

Gynécologue-Accoucheur de l'Hopital de Neuilly

Gynécologue-Accoucheur du Hertford British Hospital

Vous avez bien voulu nous confier les fonctions d' interne dans votre Service

Votre grande Humanité et votre admirable virtuosité ont été pour nous un exemple quotidien. Vous nous avez enseigné le goût de la précision dans les indications, de la perfection dans la tchnique

Vous avez inspiré ce travail, vos conseils nous ont été infiniment précieux dans sa réalisation

Qu'il nous soit permis, aujourd'hui de vous exprimer notre profond attachement et notre sincère reconnaissance.

AU MEDECIN LIEUTENANT-COLONEL F. PAGLIANO

Médecin-Chef du Centre Médical Militaire

de la Cité de l'Air

Ministère des Armées "AIR"

Votre bienveillante autorité,
et votre grande compréhension
ont permis la réalisation de ce
travail

Nous vous en remercions bien
sincèrement.

AU DOCTEUR M. FAYOT-PETITMAIRE

Gynécologue-Accoucheur du Centre Hospitalier de Versailles

AU DOCTEUR M. SARRADIN

Chirurgien du Centre Hospitalier de Versailles

AU DOCTEUR P. BARRAGUE

Chirurgien du Centre Hospitalier de Versailles

Qui ont bien voulu nous
confier des fonctions d'
interne dans leur service

Veuillez croire à notre
immense gratitude

AU DOCTEUR M. FAYOT-PETITMAIRE

Gynécologue-Accoucheur du Centre Hospitalier de Versailles

AU DOCTEUR M. SARRADIN

Chirurgien du Centre Hospitalier de Versailles

AU DOCTEUR P. BARRAGUE

Chirurgien du Centre Hospitalier de Versailles

Qui ont bien voulu nous confier des fonctions d'interne dans leur service

Veuillez croire à notre immense gratitude

AU PROFESSEUR AGREGE JEAN LEVY

Gynécologue-Accoucheur Assistant des Hopitaux de Paris

Qui nous a fait l'honneur de guider ce travail de ses précieux conseils

AU DOCTAUR JEAN BARRIER

Gynécologue-Accoucheur Assistant des Hopitaux de Paris

Qui au cours des heures de garde, à Neuilly, nous a apporté sans réticences, son aide inestimable.

AVANT-PROPOS

" Il ne faut pas créer de la dystocie
par crainte de la dystocie "

A. BRINDEAU et P. LANTUEJOUL

Le pronostic foetal dans le siège est sûrement l'un des problèmes les plus délicats de l'obstétrique moderne, l'un des plus attachants aussi, et surtout l'un des mieux étudiés actuellement.

La littérature est pleine d'études fort documentées, de statistiques très complètes, nombre d'auteurs ont déjà fait connaitre leur façon d'envisager cette présentation. Et c'est pourquoi l'idée de réaliser ce travail nous a paru effrayante.

Mais, de nos jours, l'évolution des idées doit se mettre au rythme des acquisitions nouvelles que la technique et les progrès de la science nous apportent sans cesse.

La conduite d'un accouchement par le siège n'est plus tout à fait ce qu'elle était il y a seulement dix ans.

Dans le cadre de la Maternité de l'Hopital de NEUILLY, nous avons pu réunir un nombre suffisant de sièges, en série continue, dont l'humble mérite est précisément d'intéresser une partie de cette évolution.

C'est la statistique que nous nous proposons de livrer dans ce travail, en rappelant, dans une première partie, sinon la totalité des travaux déjà consacrés, en France ou à l'étranger, à la mortalité foetale dans le siège, du moins un résumé des plus importants ou des plus caractéristiques d'entre eux.

Après une présentation générale de notre statistique, nous essaierons de l'analyser dans le cadre des différents éléments du pronostic de l'accouchement par le siège.

Nous verrons ensuite les résultats que nous ont apportés les différentes techniques d'accouchement, anciennes ou modernes.

Nous tenterons, enfin, en guise de conclusion, d'en tirer quelques modestes indications quant à la conduite à tenir. C'est bien là, pour l'accoucheur, le souci primordial.

S T A T I S T I Q U E

E T M O R T A L I T E F O E T A L E

L'accouchement par le siège a été pendant très longtemps considéré comme une très mauvaise présentation.

BAUDELOCQUE fut l'un des premiers à s'élever contre cette façon de voir, sans cependant être aveuglé par l'optimisme : "Quoique l'observation ait déjà prouvé un très grand nombre de fois que la femme pouvait se délivrer presque aussi naturellement d'un enfant présentant les pieds, que celui où la tête vient la première, on est encore dans l'usage de classer ces sortes d'accouchements parmi ceux qu'on nomme Contre Nature, et de les traiter comme tels. Nous n'examinerons pas scrupuleusement ici, si l'on a raison ou non, considérant purement et simplement ces accouchements comme naturels, et nous réservant de dire ailleurs ce qu'ils indiquent de particulier selon les circonstances."

Madame LACHAPELLE déplorait un décès sur sept sièges, et trouvait le résultat amer, comparé à la présentation du sommet qui ne lui amenait qu'un échec sur 30. Paul DUBOIS, pour sa part, avait un échec sur 11 environ, pour 1 sur 50 dans le sommet.

Ce n'était pas brillant, et l'on comprend l'angoisse de ces accoucheurs qui n'avaient que peu de possibilités, en dehors de manoeuvres horriblement foeticides en elles-même. Leur ingéniosité était grande. Ils nous ont légué la description de techniques aussi multiples que souvent curieuses, ou d'instruments heureusement devenus maintenant historiques.

On essayait surtout de tourner l'enfant avant le travail, et puis, en cas d'échec, on s'en remettait à la providence, en espérant que l'enfant serait suffisament robuste pour supporter une aussi dure épreuve.

La littérature nous a conservé le témoignage de quelques morts néo-natales illustres, l'une des plus célèbres reste l'accouchement de la Duchesse de Berry, le 13 Juillet 1817. La Duchesse était primipare, le siège complet, et l'accoucheur était l'illustre DENEUX. Après un travail ayant duré 7 heures, environ, naissait Mademoiselle d'Artois, qui, hélas, ne vécut que quelques heures. "Les médecins qui lui ont donné des soins, pensent que cette maladie a offert les caractères principaux des asphyxiés" (Relations contemporaines.)

Mais voici d'autres chiffres. PAJOT cite une mortalité de 14 %. HECKER parle de 22 %. A l'inverse, COCAGNE, chez PINARD, n'accuse que 3,7 % de décès. MOUCHY à Leyde, dénombre 3 morts sur 116 sièges.

La première statistique de notre siècle que nous citerons ici, celle de Y. POULAIN (1926) ouvrira en même temps le catalogue, hélas un peu fastidieux, des statistiques que nous avons retenues. Nous avons préféré les relater sous une forme schématique, nous réservant d'en commenter, chemin faisant tel ou tel aspect particulier.

ENSEMBLE DES STATISTIQUES FRANCAISES

I. TRAVAUX DE LA CLINIQUE TARNIER

1) Y. POULAIN (1926)

303 accouchements, foetus de poids sup. à 2000 g.

Mortalité épurée ..... 10 % I pares = 12,5 %
M pares = 9,6 %

2) VAUDESCAL (1930)

376 sièges, à terme ou près, jumeaux inclus.

Mortalité ..... 12,75 % I pares = 16,7 %
M pares = 8,7 %

3) BRINDEAU et LANTUEJOUL (1937) : La Présentation du siège. La version.)

Ne donnent pas de chiffres, mais insistent sur le caractère eutocique de la présentation du siège : nombre de difficultés rencontrées ont été en fait créées par l'opérateur impatient.

4) DELRUY-VERMENOUZE (1948)

500 sièges à terme, jumeaux inclus.

Mortalité globale ..... 9,6 %

1. Grossesses simples

264 I pares	Mortalité	10,9 %
Accts nat. (233)	"	9 %
G.E. (27)	"	30 %
César. (4)	"	0 %
124 M pares	Mortalité	6,9 %
Accts nat. (152)	"	4 %
G.E. (20)	"	30 %
César. (2)	"	0 %

2. Grossesses gemellaires

I pares Mortalité .....14,8 %

M pares Mortalité ..... 8,7 %

II. ECOLE BORDELAISE

RIVIERE ET MAHON (1949)

72 Grandes extractions ..... Mortalité = 9 %

III. ECOLE LILLOISE

1) PAQUET et PIRSON (1940)

217 accouchements par voie basse uniquement,
(accts spontanés, Mauriceau terminal)

Mortalité ..... 11,9 %

Comparent avec MICKULICZ (1941)

1467 sièges Mortalité = 17 %

HEINBERGER (1940)

230 sièges Mortalité = 13,45 %

2) PAQUET et PIRSON (1950)

155 sièges (Méthode de Bracht)

Mortalité ..... 6,7 %

Echecs = Mauriceau .....25 % de mortalité

IV. ECOLE NANCEENNE

1) THESE FACQ (1950) : 1944 à 1946

Mortalité ..... 16,96 %

224 sièges, jumeaux inclus, césariennes exclues.

32 G.E. M. = 28 %
192 P.E. M. = 17 %

2) THESE MISLER (1953) : 1951

84 sièges (jumeaux, morts in utéro, prémat. incl.)

Mortalité corrigée : à terme = 6 %
prémat. = 37 %

Statistique des enfants à terme (M. in ut. exclus)

	N. d'accts	%	Morts	%
Acc. Sp.	24	36	0	0
Maur.	17	26	0	0
P.E.	10	15	2	20
G.E.	14	21	2	14,2
César.	1	1,5	0	0
Embryot.	2	2		

V. ECOLE LYONNAISE

BONNIAUD (1952) : Deux séries :

1. 1940-1942

95 sièges (jum. exclus, poids sup. à 2500 G.)

49 I pares ..... Mortalité = 12 %
46 M pares ..... Mortalité = 7,5 %

Accouchements naturels ... " = ?
Petites extractions ..... " = 15 %
Grandes extractions ..... " = 24 %
Césariennes ..... " = 5 %

2. 1950-1952

161 sièges

73 I pares	Mortalité =	2,6 %
88 M pares	Mortalité =	4,5 %

Bracht	Mortalité =	37 %
Mauriceau (A.N.)	" =	19 %
Petites extractions	" =	11 %
Grandes extractions	" =	1,8 %

VI. TRAVAUX DE LA CLINIQUE BAUDELOCQUE

BEGUERE (Thèse Paris 1953)

Présente 339 sièges (soit 2,3 % du nombre des accouchements de l'époque correspondante) et trouve une mortalité globale de 7,6 %

Il élimine dans l'établissement de sa statistique les enfants d'un poids inférieur à 2500 g., les jumeaux, les foetus morts in utéro avant le travail, enfin ceux présentant une malformation non compatible avec la vie.

Il étudie successivement la mortalité en fonction de certaines circonstances : âge de la mère, parité, variété des sièges, etc... Et insiste sur certains résultats :

La mortalité double quand l'âge moyen de la mère dépasse 35 ans, aussi bien dans les séries de primipares que de multipares.

La durée de dilatation, selon qu'elle est inférieure ou supérieure à 12 heures pour la primipare, correspond à une mortalité de 7,8 ou de 18 %. Chez la multipare, c'est le cap de 6 heures qui partage un taux de mortalité de 3 à 6 %.

Il en est de même pour la durée de l'expulsion, pour le volume foetal : le poids optimum à la naissance apparaissant nettement = 3000 à 3500 g.

BEGUERE, et plus tard LACOMME et ses collaborateurs insistent sur l'importance du moment de la rupture des membranes, la rupture tempestive correspondant à une mortalité de 5,2 %, pour 10 % dans les cas de rupture prématurée ou précoce.

BEGUERE étudie ensuite la mortalité dans les différents modes de terminaison de l'accouchement.

Nous reprendrons tous ces éléments en les comparant aux éléments correspondants de notre statistique personnelle.

Mais dans ce travail apparait surtout la première étude chiffrée concernant l'utilisation de la Post-Hypophyse en perfusion intra-veineuse lente.

L'auteur ne parait d'ailleurs pas particulièrement enthousiaste, et les résultats qu'il publie ne l'y engagent guère, il faut bien le dire : seule la mortalité foetale des accouchements compliqués s'est affaissée dans la série III.

Statistique concernant les perfusions de P-H.

	SERIE II	SERIE III	SERIE IV
	Accts voie basse 93/106	Accts V.Basse 42/46 Per. P-H. 30/46	Accts V.Basse 38/43 Vermelin + P-H.
ortalité ccouchem. basse	6,4 %	7 %	7,8 % (?)
ccouchem. mples	61 % (M. = 0)	59 % (M. = 0)	48 % (M. = 2/21)
ccouchem. ompliqués	27 %	32 %	39 %
ortalité ccouchem. ompliqués	21 %	20 %	5,8 % (?)

VII. TRAVAUX DE L'HOPITAL FOCH

1) THESE LORIAU (Paris 1954)

2,5 % de sièges

sur 170 sièges, 125 accts spont. ..... 75 %
I pares ..... 33 %
M pares ..... 66 %
17 césariennes ..... 10 %
28 G.E. ..... 15 %
pour ces deux derniers,
I pares ..... 66 %
M pares ..... 33 %

a. Pour 125 accts spontanés,

62 % Vermelin

37 % Bracht, Mauriceau, Forceps.

49 % de cas d'utilisation de médicaments,
(antispasmodiques, ocytociques)

Mortalité globale : 5 %
mais la mortalité réellement due au siège = 0 %

b. 17 Césariennes

Mortalité ..... 6 %

c. 28 Grandes Extractions

Mortalité globale ..... 18 %
(14 % des décès)

En fait, ce travail n'aborde que de très loin les techniques nouvelles de perfusion intra-veineuse lente d'ocytociques, qui seront ultérieurement exposées de façon magistrale dans la grande publication de :

2) MERGER, MELCHIOR, et CHICHA (1958)

in Gynécologie et Obstétrique 1958 n° 4, pp 349-361

Les auteurs publient la statistique des résultats de 2000 perfusions intra-veineuses d'ocytociques (naturel ou synthétique, les auteurs ne faisant alors aucune différence de résultats entre ces produits) pratiquées dans le service de Monsieur le Professeur MERGER, à l'Hôpital FOCH, à Suresnes.

La statistique correspond, en principe uniquement à des cas de dystocies dynamiques.

115 sièges ont été perfusés (75 Ipares, 40 Mpares)

Durée moyenne du travail : 10 H 10' (I pares)
7 H (M pares)

2 décès : 1 anencéphale
1 dystocie de la tête desnière; hémorragie méningée, décès 5 jours après la naissance.

4 césariennes : 3 pour échec de la perfusion.
1 pour placenta praevia.

CONCLUSION : " Les résultats de la perfusion d'ocytocique dans les anomalies dynamiques avec présentation du siège apparaissent particulièrement bons. Forte baisse de la mortalité foetale, forte baisse du nombre de césariennes, tels sont les résultats.
Loin de jeter l'ostracisme sur les ocytociques dans la présentation du siège, nous les croyons particulièrement indiqués lorsqu'on a recours à la perfusion veineuse lente."

Nous terminerons ce rapide voyage à travers la France obstétricale, en analysant succintement deux publications dont le climat fort original nous est apparu des plus intéressant. Les autaurs de la première, JAROUSSE et LERAT, de Nantes, ont étudié une série de sièges accouchés uniquement en clientèle privée, citant distinctement les résultats de leur maternité hospitalière. Il faut bien convenir que c'est là chose peu courante ! Quant à l'autre statistique, la Thèse de P. TANGUY (Paris, 1959), réalisée à la maternité de l'Hopital de Nevers, l'auteur insiste non seulement sur sa teinte rurale, mais surtout sur sa richesse en sièges jugés trop délicats, souvent à juste titre, par l'artisanat obstétrical environnant.

VIII. J. JAROUSSE ET M.F. LERAT (Nantes 1959)

S'intéressent uniquement aux sièges chez la I pare.

188 sièges de 1945 à 1957, en clientèle privée. (enfants de poids supérieur à 2000 g.; jumeaux, malformations incompatibles avec la vie, morts in utéro exclus.)

Mortalité globale : 5 % (chez la M pare = 3 %)

1) Les auteurs étudient d'abord les facteurs du pronostic foetal.

-Age de la femme : supérieur à 30 ans
(10 % de césariennes)
M. = 7 %
inférieur à 30 ans
(50 % de césariennes)
M. = 0

-Variété de siège : 10 % M., sièges complets
2 % M., sièges décomplétés
(avec 22 % de césariennes au lieu de 11)

-Poids de l'enfant : gravité croissante avec le poids.

-Durée de dilatation

Moins de 8 H.	M.= 4 %	(0 % césar. tardives)
De 8 à 12 H.	M.= 3 %	(5 % " ")
Plus de 12 H.	M.=12 %	(23 % " ")

-Rupture des membranes

	% de césariennes	% de mortalité
Prématurée	22	4
Précoce	11	9
Tempestive	2	2

-Dystocie associée

5 % de procidences du cordon, 2 morts foetales (sur 9 morts totales)

(Multipares : 12/180 accouchements = 0 M.)

2) Etude statistique

Ils ont pratiqué 37 césariennes sur 188 sièges, 25 primitives et 12 secondaires, sans un seul décès.

Grandes extractions : Deux séries sont présentées :

a) Série I: l'un des opérateurs ayant, dans cette série, pratiqué la G.E. au gré des exigences de l'accouchement.

	N.	Morts	Mortalité
Acct naturel	102	3	3 %
GE immédiates	37	3	8 %
GE tardives (+d'1/2h après C)	12	1	8 %
Total des GE	49	4	8 %
Césariennes	37	0	0 %

b) série II : L'autre auteur a pratiqué systématiquement la GE.

Accts naturels	8	1	12 %
GE immédiates	19	0	0 %
Césariennes	3	0	0 %

3) Statistique hospitalière (Maternité de l'Hopital de NANTES)

Périodes	Modes d'accouchement	N.	%	Morts	%
1934	Accts naturels	79	64	6	8
	G.E.	43	35	14	33
à	Césariennes	1	moins de 1%	0	0
1943	Total	123	100	20	16
1950	Accts naturels	51	70	4	7
	G.E.	11	15	2	18
à	Césariennes	10	15	0	0
1957	Total	72	100	6	8

Et les auteurs de conclure : "... Cependant la méthode la plus sûre, tant pour le foetus que pour l'intégrité du périné, consiste dans l'accouchement normal sans aucune manoeuvre obstétricale. Celui-ci peut être favorisé par une perfusion de post-hypophyse à dilatation complète."

IX. THESE TANGUY P. (Paris 1959)

Travail réalisé à la Maternité de l'Hopital de Nevers.

Pour une fréquence des sièges de 3,66 %,

Mortalité globale : 8,18 %
(expurgée des enfants de poids inférieur à 2000 g, mort in utéro, malformations incompatibles avec la vie)

1) Les statistiques concernent d'abord, elles aussi, les facteurs classiques du pronostic :

Age de la mère : sup. à 30 ans : 6,39 % M.
inf. à 30 ans : 12,38 % M.

Parité : Mortalité équivalente : 8 %

Variété :
Décomplétés : 4,58 % (21 césar.sur 218 sièges)
Complets : 16,03 % (2 césar.sur 106 sièges)

Quand au volume foetal, à la durée du travail, le moment de la rupture des membranes, la durée d'expulsion, les dystocies associées, ils signalent leur accord avec u n certain nombre d'auteurs français ou étrangers.

2) Etude statistique :

Les accouchements spontanés leur ont amené :
I pares : M. 8 ,47 %
M pares : M. 3 %

La P.E. : résultats catastrophiques.
La C.E. : (6% des cas) Mortalité : 35 %

Ils ont pratiqué, enfin, 7,20 % de césariennes.

Ayant parcouru tous ces travaux, scruté les chiffres, nous aimerions déjà pouvoir les comparer. Mais nous sentons combien les éléments diffèrent d'un travail à l'autre, les dénominateurs ne sont que rarement communs.

Etablir une statistique en Obstétrique représente à priori une multitude de petites trahisons, vis à vis d'un phénomène essentiellement vivant, avec tout ce qu'il comporte de nuances, d'impondérables, maternels ou foetaux, de talent inégal aussi de la part de l'opérateur.

Souvent, d'autre part, les auteurs n'explicitent pas ou très imparfaitement les critères qui ont présidé à leur choix. Et quand ils les explicitent, ceux-ci ne sont pas exactement superposables.

Quant aux techniques, enfin, si leur manuel opératoire ne change guère, c'est l'esprit dans lequel elles sont utilisées qui peut varier. La mortalité dans la grande extraction du siège, est très diverse selon que l'on intervient de façon systématique, ou bien au contraire "en catastrophe", et les chiffres, nous l'avons vu, vont de 35 % à 1,8 %, voire même 0 % !

De même les pronostics de césarienne sont extrémement variables, du moins pour les césariennes secondaires.

Dans les statistiques que nous allons maintenant rappeler, qui nous parviennent de régions du globe très diverses, toutes les causes d'erreurs se retrouvent, mais sûrement exacerbées par des contrastes de coutumes beaucoup plus violents. Dans tous ces pays, l'état sanitaire, le degré d'évolution sociale, la préparation psychologique vis à vis de l'accouchement, ne sont pas les mêmes.

Nous nous garderons donc d'établir des parallèlles systèmatiques. Mais nous ne manquerons pas de comparer, par la suite, toutes choses égales par ailleurs, et quand cela sera possible, tel ou tel résultat avec ce que nous aurons trouvé.

QUELQUES STATISTIQUES ETRANGERES

I. DANFORTH et GALLOWAY (USA 1936)

1) Sur les 285 sièges étudiés,

Prématurés (97) ..... Mort. = 20 %
Jumeaux (36) ..... Mort. = 25 %
Enfants à terme (188)..... Mort. = 5,85 %

2) Grossesses simples :

Poids inf. à 2500 g. (84) .... Mort. = 16 %
Poids sup. à 2500 g. (185).... Mort. = 6 %

Grossesses gemellaires :

Poids inf. à 2500 g. (16) .... Mort. = 50 %
Poids sup. à 2500 g. (20) .... Mort. = 0 %

3) Tableau statistique :

	M PARES			I PARES		
	Nomb.	Morts	%	Nomb.	Morts	%
Acc. nat.	28	7	25	9	2	22
Extract.	102	18	18	119	29	24
F. sur T. dernière	23	2	8	36	5	14
César.	6	1	16	29	3	10

II. AHUMADA (Argentine 1948)

1) 893 sièges, de poids supérieur à 1500 g.

Mortalité globale : 16,7 %

Mortalité épurée : 6,3 %

2) Prématurés Mortalité ..... 47 %

Poids sup. à 2000 g. " ..... 7,1 %

3) Mortalité des I pares en général ..... 10 %

" des M pares..... 6,4 %

" des I pares agées ..... 13 %

III. SECLEY (USA 1949)

1) Présentre deux séries de sièges :

	1933-1937	1942-1946
N. Tot. (César. comp.)	538	446
M. infant. corrigée (53)	10 %	(30) 6,7 %
M. enfants à terme	11 %	5,2 %

2) Sur 984 sièges :

50 césariennes = 5 % (M.)

Extractions = 35 à 50 % (M.)

IV. ZACHARIAS (USA 1950)

1) Série de 884 sièges, de poids sup. à 1000 g.
dont ..... 495 à terme

	Nombre total	Mortal. corrigée (poids sup. à 1500g)
S. décomplétés	607	11,5 %
S. 1/2 décompl.	87	14,9 %
S. complets	190	5,7 %
I pares	273	8 %
M pares	64	10,7 %
Acct naturel	348	12,3 %
Petite extract.	348	8,5 %
Grande extract.	188	11,2 %

2) En 1947, série de 101 sièges.

Mort. corrigée : 3,6 % (F. à terme, sans autre dyst)

Acct naturel	164	4 %
Petite extract.	233	3 %
Grande extract.	98	9 %

V. GIBSON (USA 1950)

1) Publie quelques statistiques expurgées :

University Hospital Baltimore (1939).... 12,1 % M.

Margaret Hague Hospital (1942) ..... 11,2 % M.

Sloane Hospital (1942) ..... 5,3 % M.

Philadelphie Lying (1943) ..... 2,7 % M.

Chicago Lying (1945) ..... 1,7 % M.

Millard Tillmore Hospital (1944) ..... 9,6 % M.

2) Au Pittsburgh Hospital : 506 s., dont 407 retenus,

Mortalité corrigée = 7,3 %

Procidence du cordon = 1,3 % des cas.

VI. ECOLE DE GENEVE (KOENIG)

1) Avant 1940, Mortalité épurée ..... 11 %

2) 1940 à 1943, Mortalité épurée ..... 3,5 %
(Grandes extractions et césar. exclus)

3) 1946 Mortalité globale ..... 1,77 %

4) Manoeuvres de Bracht (série)

94 succès = 0 mort

19 échecs = 12 Mauriceau
7 Pet. extract. } M. = 10 %

VII. LAW (G-B 1951)

Publie 196 sièges.

1) Sièges non compliqués, acct par voie basse

	I pares	M pares	Total
Nombre	93	27	120
M. corr.	10,8 %	0	8,3 %

2) Sièges compliqués (Y compris mort in utéro, etc)

Nombre	36	40	76
M. glob.	44 %	45 %	44 %

3) Prématurés : 36 sièges

M. totale = 50 %
M. corrigée = 14,3 %

4) Césariennes : 25/196 = 12,5 %

Mortalité : 2 = 8 % (+ 1 mort in utéro)

LAW cite en outre :

	N. d'accts	M. corrigée
Un. Col. Hospital LONDON (1939-48)	127	12,6 %
Newcastle upon Tyne Princess Mary Hospital (1947)	91	7,7 %
South on Sea Hosp. (1950)	27	7,5 %
Royal Mat. Hosp. Belfast (1950)	44	11,6 %
Queen Charlotte Mat. 1949	25	8 %
St Thomas Hosp. London 1946-50	38	10,3 %
Wooldwich Group of Hosp. 1950	42	2,4 %
Royal Mat. Hosp. Glasgow 1948	44	16,9 %

VIII. DALLEY (G-B 1953)

Publie 498 sièges, dont :

465 par voie basse = 13,4 %

87 gemellaires = 100 sièges

I pares = 317
M pares = 181

Mortalité globale : 13,1 % (65 cas)
Mortalité des accts par voie basse : 13,5 %

1) Cas non compliqués

158 I pares ..... M. = 1,9 %
77 M pares ..... M. = plus élevée
4 césar. ..... M. = 1 %
(pour 1 DD et 3 S.F.)

2) Cas compliqués

Poids inf. à 2500 g ..... M. = 29 %
" sup. à 2500 g ..... M. = 16 %

		MORTALITE	
	%	I pares	M pares
Acct naturel	68	10,7 %	12,7 %
P.E.	16	10,5 %	7 %
G.E.	8	20 %	41,7 %
Césariennes	6	9,5 %	0 %

AUTEURS DIVERS

P E systématique				G E systématique		
Auteurs	Date	%	%M.	Auteurs	Date	% M.
Greig	1946	92	1,8	Goethal	1936	6,9
Pagano	1948	70	5,5	Secley	1940	6,5
Trites	1948	78	4,5	Titus	1944	7 à 10
Dennen Fischer	1949	81	6	Potter	1945	9,6
Gustafson	1949	56	1,1	Vogt	1945	4,4
Morgan	1950	50	1,9	Ware	1947	2,7

TRAVAUX CITES PAR P. TANGUY (1959)

1) ANGLETERRE (Statistique comprenant les prématurés)

REGINALD CUTTS et T.M. ALBAS (EDIMBOURGH)

Mortalité : 30 % M.pares
18 % I pares

MAURICE NOBLE : 11 %

2) U S A GOETHAL, de CHICAGO (1034 cas)

Mortalité : 6,2 % I pares
9,8 % M pares

3) SCANDINAVES PAUL KRUHNEL

Série de 126 cas : 1,6 %
Série de 136 cas : 11,6 %

Il s'agit en fait de techniques différentes

4) RUSSES TZOVIANOFF : 1,3 % (843 cas)

ESIECHEVILI : 3,6 %

TZVAINER : 3,9 % WATCHINADZE I.K. : 7,5 %

P R E S E N T A T I O N

D E N O T R E S T A T I S T I Q U E

Nous avons recueilli, parmi les 5870 accouchements pratiqués en 6 ans à la Maternité de l'Hopital de Neuilly sur Seine, un nombre total de 247 sièges, dont 200 seront retenus pour la statistique. La proportion est de 4,2 %.

Le recrutement de cette maternité est essentiellement urbain, varié dans le détail des secteurs d'activité professionnelle, mais embrassant dans son immense majorité une population féminine laborieuse.

La période envisagée couvre les années 1956, 1957, 1958, 1959, 1960 et 1961. Sans interruption, la Maternité a été guidée par le même Chef de Service, qui a su faire partager à tous, sa fidélité à l'esprit de la "Maison Tarnier", aux conceptions de BRINDEAU, de LANTUEJOUL, de VAUDESCAL, tout en demeurant attentif et prêt à accueillir les techniques nouvelles, si elles paraissent dignes d'intérêt.

Nous pourrons, en particulier, distinguer 4 séries continues de sièges, différentes quant à la ligne de conduite suivie :

Sièges accouchés spontanément, selon les consignes de VERMELIN (et éventuellement terminés par une manoeuvre de Bracht, de Mauriceau, voire une extraction) sièges ayant bénéficié d'une perfusion IV lente de Post Hypophyse; sièges perfusés avec l'ocytocine synthétique, à partir de la dilatation complète; enfin série de sièges dont la dilatation elle-même a été conduite sous perfusion d'ocytocine synthétique.

Mis à part les cas de versions par manoeuvres internes, les manoeuvres d'extraction n'ont été pratiquées qu'imposées par les circonstances, jamais systématiquement. Enfin, les indications de césarienne sont toujours sévèrement discutées.

Bien entendu, nous avons éliminé de cette statistique, un certain nombre de sièges, 47 au total, nous l'avons dit, dont voici le détail.

CAS EXCLUS DE LA STATISTIQUE

1) Mort indépendante de l'acct. lui-même ... 2 cas

1 Hydrocéphale (embryotomie)
1 Mort et macéré.

2) Insuffisance pondérale. Prématurité ..... 26 cas

A. 7 foetus de poids inf. à 1500 g

5 accts nat. Mortinatalité = 0
2 " compliqués : 1 PE M. = 0
1 GE

B. 19 foetus entre 1500 et 2000 g

15 accts nat. Mortinatalité = 2
3 " compliqués : 1 HRP M. = 1
2 GE dont 1 avec VMI
M. = 0

1 malformé ..... M. = 1

3) Césarienne systématique ..... 19 cas

Siège + dystocie pelvienne 11

Primiparité agée, facteur impératif..3
facteur aggravant..3
(Age moyen des Ipares césarisées : 34 ans,
dont une de 41 ans)

Rupture utérine 1

Dystocie dynamique grave et précoce..1

Procidence du cordon 1

Placenta praevia 1

Malformation utérine 1

LA MORTALITE GLOBALE

Les deux cents accouchements par le siège se sont terminés de façon malheureuse dans 16 cas, que nous reportorons, groupés, à la fin de ce travail.

La mortalité globale de l'ensemble de la statistique est de 8 %.

Rappelons que nous avons exclus, au départ, les foetus de poids inférieur à 2000 g, porteurs d'une malformation incompatible avec la vie, les morts in utéro, les césariennes primitives; les grossesses gemellaires ont été conservées. Nous avons enfin délibérement négligé les enfants nés en état de mort apparente, mais réanimés sans suites graves pendant le séjour à la Maternité, ainsi que la morbidité foetale, qui aurait démesurément allongé ce travail.

Ce premier résultat appelle quelques remarques:

1) Le chiffre de 8 % correspond à une masse d'accouchements en fait très disparate. Nous verrons, plus tard, en étudiant les techniques d'accouchement, à faire le départ entre les résultats des premières séries, qui sont moins bons, et les résultats des plus récentes, qui sont infiniment meilleurs.

2) La même remarque est valable pour tous les chiffres que nous citerons en examinant les différents éléments du pronostic foetal.

3) Comparée à divers auteurs, cette mortalité s'avère nettement meilleure que les statistiques plus anciennes (Poulain 1926 = 10 %, Vaudescal 1930 =12,75 % Paquet et Pirson 1940 = 11,9 %, Facq 1950 = 16,96 %, Dalley 1953 = 13,6 %) Elle est tout à fait comparable à nombre d'autres, françaises elles aussi, notons-le : Beguère 1953 = 7,6 %, Maternité de Nantes 1950 à 1957 = 8 %, Tanguy = 8,18 %, etc...

Il est curieux, en effet, de constater que mises à part les publications de Jarousse et Lerat(5 %), de Merger (0 %) et de son école (mais pour ce dernier ne comprenant que des sièges perfusés) ce sont les étrangers, à part un ou deux, qui citent les pourcentages les meilleurs (Koenig 1,77 %, Secley 5,2 %, Ahumada 6,3 %, Tzovianoff 1,3 % Zacharias 3,6 %, etc...)

Les critères d'établissement de la statistique sont probablement un peu différents des notres, les techniques utilisées dans un esprit différent.

Il est curieux, en effet, de constater que mises à part les publications de Jarousse et Lerat(5 %), de Merger (0 %) et de son école (mais pour ce dernier ne comprenant que des sièges perfusés) ce sont les étrangers, à part un ou deux, qui citent les pourcentages les meilleurs (Koenig 1,77 %, Secley 5,2 %, Ahumada 6,3 %, Tzovianoff 1,3 % Zacharias 3,6 %, etc...)

Les critères d'établissement de la statistique sont probablement un peu différents des notres, les techniques utilisées dans un esprit différent.

LES ELEMENTS DU PRONOSTIC

Nous entendons maintenant examiner successivement dans quelle mesure varie la mortalité avec certaines circonstances maternelles (parité, âge), ovulaires (volume foetal, variété du siège) ou dynamiques (moment de la rupture des membranes, durée de la dilatation ou de l'expulsion).

Il nous est très vite apparu que ces facteurs s'intriqaient constamment, s'expliquaient en quelque sorte les uns les autres, et nous en avons tenu compte dans les tableaux et les courbes que nous avons dressées.

PARITE ET MORTALITE FOETALE

MORTALITE GLOBALE

Chez la I pare ..... 9/111 ..... 8,2 %
Chez la M pare ..... 7/88 ..... 7,9 %

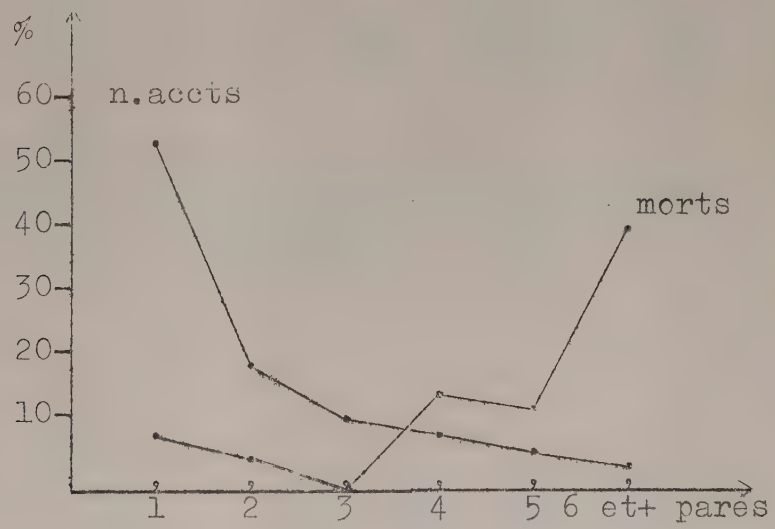
La différence est peu sensible. Mais pensons au plus grand nombre de césariennes chez la I pare, dont le taux de mortalité est relativement modéré.

Par contre, le chiffre des M pares est élevé par rapport à nos références.

Il était tentant d'étudier la répartition des accouchements et le pourcentage de mortalité en fonction de l'accroissement de la multiparité.

Voici ce que nous avons obtenu :

PARITE	ACCOUCHEMENTS		MORTS	
	N.	%	N.	%
1	111	56	9	8,2
2	40	20	2	5
3	20	10	0	0
4	15	7,5	2	13,3
5	8	4	1	12,5
6 et +	5	2,5	2	40



La flèche de mortalité chez la grande multipare traduit sans doute la mauvaise qualité de la fibre utérine, fatiguée et prête à toutes les dystocies dynamiques possibles, d'où un accroissement des manoeuvres d'extraction. Le pourcentage des césariennes y est par ailleurs nul.

	N	%	N	%	N	%	
- de 20	2	20	0	0	3	30	10
20 à 30	9	6,4	5	3,6	12	8,6	137
+ de 30	5	9,4	5	9,4	9	16,9	53

La mortalité est importante chez les très jeunes femmes, ainsi que chez la femme agée de plus de 30 ans.

LACOMME a très bien analysé les raisons, très différentes, de ces deux constatations :

1) La femme très jeune, en général primipare, possède toutes les raisons d'avoir un accouchement long et traumatisant pour le foetus. L'utérus est volontiers hypotrophique, la fibre fonctionne mal, c'est un terrain d'élection pour une dystocie dynamique, qui ne manque pas d'anoxier le foetus. Et le passage final à travers une filière résistante, peu complaisante, sera le coup de grâce. Passage long, laborieux, l'hémorragie méningée guette le foetus, et la mortalité atteint 20 %

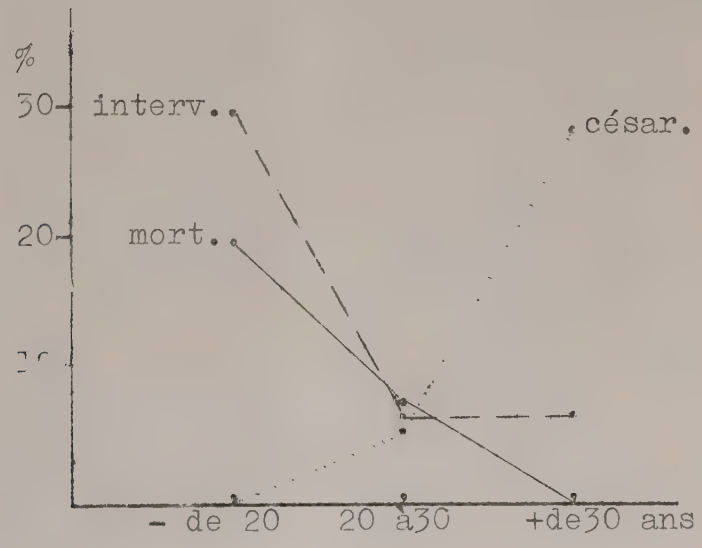
2) Chez la femme agée, au contraire, si les parties molles sont moins un obstacle, du moins chez les multipares, qui sont légion, l'accouchement ne se présente guère plus favorablement.

LACOMME insiste tout particulièrement, et plus que sur les difficultés d'origine maternelle, sur la qualité médiocre du foetus. Les arguments sont nombreux nous ne les rappelerons pas ici.

Distinguons, maintenant, le cas des primipares de celui des multipares

II. INFLUENCE DE L'AGE CHEZ LA PRIMIPARE

	N. Accts	MORTS N.	MORTS %	CESAR. N.	CESAR. %	INTERV. N.	INTERV. %	POIDS MOYEN	Durée D. Sp.	Durée D. Perf.	Durée Ex Sp.	Durée Ex Perf.
	10	2	20	0	0	3	30	2900	11			10'
	87	7	7,9	5	5,6	6	6,8	3100	7 1/2	8	20'	20'
e	17	0	0	5	29,4	1	5,8	2800 (voie basse)	10	7 2/3 (Avt. comp.)	12'	15'



Il est extrêmement intéressant de noter :

1) Le volume foetal oscille autour de 3000 grammes: enfants donc peu volumineux.

2) La courbe exactement inverse, mais symétrique du pourcentage de césariennes et d'interventions.

   La primipare agée (0 mort) tient le record des césariennes. C'est une attitude prophylactique, et qui est payante.

   Chez la très jeune, au contraire, où l'on a tendance à accepter l'accouchement par voie basse, les manoeuvres nécessaires pour terminer l'accouchement sont nombreuses et foeticides, parce que plus difficiles

3) Entre ces deux extrèmes : le plus grand nombre des accouchements, 87 sur 114 ; la mortalité y est moyenne, parce que les difficultés y ont été moyennes (6,8 % de manoeuvres importantes, 5,6 % de césariennes.) La durée du travail est là à son minimum (7 h 1/2, au lieu de 11 h et de 10h) L'expulsion a une durée normale, non influencée d'ailleurs par la perfusion d'ocytociques.

III. L'AGE ET LA MULTIPARITE

N. Accts	MORTS N.	%	CESAR. N.	%	INTERV. N.	%	POIDS MOYEN	DUREE D S.	Per	DUREE E S.	Per
24	1	4,1	0	0	2	8,2	3200	6 1/2	4 1/2		14'
26	1	3,7	0	0	4	14,8	3100	7 1/4	5	13'	16'
18	3	16,6	0	0	4	22,2	2900	8 1/2	4 1/2	18'	25'
18	2	11,1	0	0	4	22,2	3300 (voie basse)	7	5 1/2 (Avt comp.)		19'

Aucune césarienne n'a été pratiquée.

Dans ce tableau, on peut grouper nettement les femmes ayant moins de 30 ans, et celles qui ont plus de 30 ans.

1) Les premières ont une mortalité relativement faible (4,1 %, 3,7 %). Mais les manoeuvres ont un taux de 8,2 ou 14,8 %. A noter que la perfusion, et c'est vrai aussi pour l'autre groupe, diminue la durée du travail de deux heures au moins, en moyenne.

2) Quant aux femmes de plus de 30 ans, la mortalité est infiniment plus élevée (16,6 %, 11,1 %). Notons parallèllement 22 % d'accouchements compliqués. Et leur groupe est plus important : 36 sur 86 multipares ont plus de 30 ans, au lieu de 17 sur 114 primipares.

VARIETE DE SIEGE ET MORTALITE

Pour 180 Accts spontanés :

Sièges complets ..... 53 (29,5) .. 2 morts 3,7 %

Sièges décomplétés .....127 (70,5) .. 7 morts 5,5 %

VARIETE, PARITE ET MORTALITE

I PARES

Complets	(23)	1 mort	4,3 %
Décomplétés	(80)	5 morts	6,2 %

N'ont pas été comptés (complets) :

2 PE ..... 2 morts
4 GE ..... 2 morts
1 César ..... 0 mort

M PARES

Complets	(30)	1 mort	3,3 %
Décomplétés	(47)	2 morts	4,2 %

N'ont pas été comptés (complets) :

3 PE ..... 2 morts
(difficiles ; cause de la mort non en rapport)
1 GE ..... 0 mort

Le siège décomplété est de plus mauvais pronostic que le siège complet. Nous ne sommes pas surpris, d'ailleurs, de trouver la différence plus nette chez la primipare que chez la multipare. La fréquence même du décomplété chez la primipare relève de causes classiques et bien connues, qui seront également responsables de la mauvaise qualité du travail (hypotrophie utérine).

VOLUME FOETAL ET MORTALITE

Il est de première évidence que plus l'enfant est lourd, traduisons volumineux, plus difficilement franchira-t-il la filière, donc plus grand sera le déchet. Nous avons comparé globalement la mortalité et le poids à la naissance

I. STATISTIQUES GLOBALES

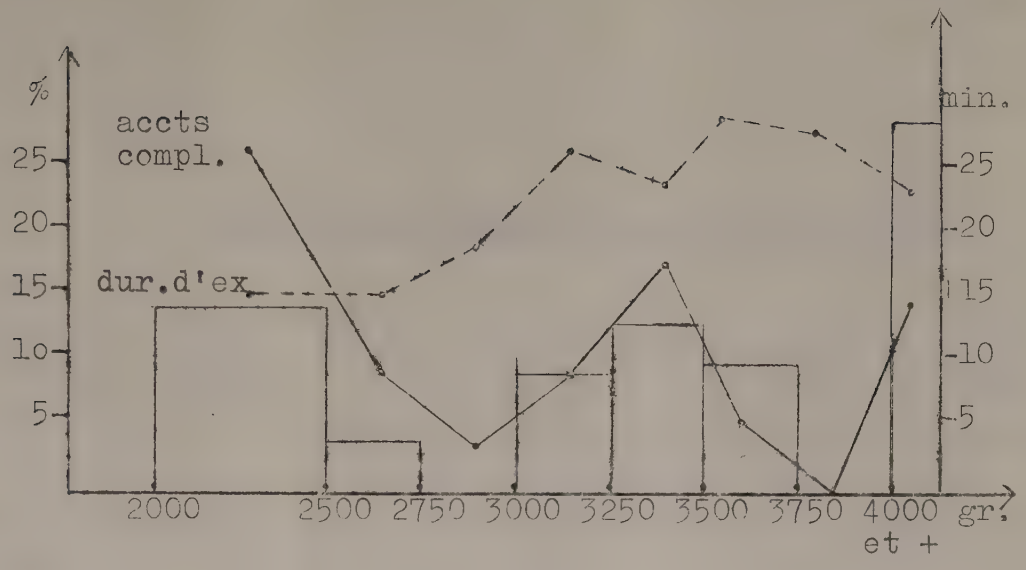
Poids nais.	Nombre d'accts	Morts	%
2000 à 2500	23	3	13,04
2500 à 2750	33	1	3,3
2750 à 3000	31	0	0
3000 à 3250	34	3	8,82
3250 à 3500	39	5	12,82
3500 à 3750	21	2	9,52
3750 à 4000	15	0	0
4000 et +	7	2	28,57

C'est bien vrai, les enfants de 4000 g et plus meurent dans 14,3 % des cas.

Mais les petits aussi ont un taux très important de cas malheureux. Et la courbe passe curieusement par un clocher encadrant 3500 g. Pourquoi?

Nous avons alors complété ce tableau par l'indication, en fonction du poids, de la durée de dilatation et du pourcentage d'accouchements compliqués. Et tout s'explique :

Poids naiss.	Durée d'expuls. moy.	% d'accts comp.
2000 à 2500	15'	26
2500 à 2750	15'	9,1
2750 à 3000	19'	3,2
3000 à 3250	26'	8,8
3250 à 3500	24'	17,9
3500 à 3750	29'	5
3750 à 4000	28'1/2	0
4000 et +	23'1/2	14,3



Sur notre courbe, le purcentage de morts foetales a été shématisé par des rectangles de hauteur différente.

La durée moyenne d'expulsion, moyenne globale, ne cesse de croitre avec le poids, c'est normal.

Et c'est l'association avec la courbe des accouchements compliqués qui fait la courbe de mortalité.

Petits enfants, moins de 2500 g : nous sommes intervenus dans 26 % des cas, voilà 13,04 % de mort.

Jusqu'à 3000 g, les accouchements se sont déroulés spontanément dans l'ansemble. Et les difficultés se sont accrues, le taux des accouchements compliqués aussi, d'où remontée de la courbe des décès.

Et puis, l'enfant paraissant gros, à partir de 3750 g, on a accepté de moins en moins l'accouchement par voie basse, et on a bien fait ! La mortalité élevée des foetus supérieurs à 4000 g est significative, sa valeur est cependant diminuée par le nombre limité de cas entrant dans la statistique.

Nous avons établi ensuite des tableaux similaires pour les I pares et les M pares. Ils n'amènent guère d'éléments nouveaux, et nous ne les commenterons pas.

II. VOLUME FOETAL ET MORTALITE (I PARES)

Poids issance	Nombre d'accts	Morts Nombre	%	Accts comp. N.	%	Durée de D.	Durée d'exp.
à 2500	16	1	6,2	2	12,5	10'	15'
à 2750	12	1	8,3	0	0	71/2	18'
à 3000	24	0	0	1	4,1	9	21'
à 3250	18	3	16,6	2	11,1	71/2	34'
à 3500	20	2	10	4	20	61/2	26'
à 3750	11	1	9	1	9	9	31'
à 4000	7	0	0	0	0	8	35'
et +	4	1	25	0	0	11	16'

III. VOLUME FOETAL ET MORTALITE (M PARES)

Poids issance	Nombre d'accts	Morts N.	Morts %	Accts comp. N.	Accts comp. %	Durée de D.	Durée d'exp.
) à 2500	7	2	28,5	4	57,1	8	11'
) à 2750	21	0	0	3	14,3	5	12'
) à 3000	7	0	0	0	0	8	15'
) à 3250	17	0	0	2	11,7	6	17'
) à 3500	18	3	16,6	3	16,6	7	19'
) à 3750	7	1	14,3	1	14,3	8	14'
) à 4000	8	0	0	0	0	6	21'
) et +	3	1	33,3	1	33,3	5	30'

RUPTURE DES MEMBRANES ET MORTALITE

Le moment de la rupture des membranes est un des éléments important du pronostic foetal dans le siège.

LACOMME donne une mortalité de 5 % en cas de rupture tempestive, qui s'élève à plus de 10 % lorsque les membranes sont rompues précocément ou prématurément.

Jarousse et Lerat donnent les chiffres suivants:

	% césariennes	% morts
R. prématurée	22	4
R. précoce	11	9
R. tempestive	2	2

Nous ne donnerons pas d'indications sur notre statistique personnelle, ce point étant très souvent mentionné de façon imprécise dans l'ensemble des dossiers, mises à part bien entendu, les ruptures tempestives.

DUREE DE DILATATION ET MORTALITE

C'est un des éléments, particulièrement important, du pronostic foetal.

Un travail lent, qui s'eternise, risque de faire souffrir l'enfant. Il s'intègre souvent dans le cadre des utérus hypotrophiques et fait présager une expulsion également laborieuse. Or la souffrance foetale sensibilise de façon énorme cet enfant qui sera achevé, brutalement, par une expulsion un peu trop rapide, ou trop lente, ou par une manoeuvre traumatisante à l'excès.

Dans l'établissement de notre statistique, la durée de dilatation a été calculée au plus juste, mais dans un certain nombre de cas, le chiffre a été pris par approximation, la femme ayant été admise dans le service à une dilatation plus ou moins avancée, et ne donnant que des indications plus ou moins vagues sur le début de ses contractions.

La durée moyenne de dilatation a été trouvée de :

8 heures 1/2 chez les I pares

6 heures 1/2 chez les M pares

C'est une durée qui peut paraitre relativement courte, en particulier pour les multipares.

N'oublions pas que cette statistique, globale, comprend un nombre important de sièges dont précisément la dilatation a été contrôlée par une perfusion de post-hypophyse synthétique, qui en a abaissé la durée à une moyenne de 5 heures.

Nous distinguerons, bien entendu, les I pares et les M pares /

I. DUREE DE DILAT. ET MORTALITE CHEZ LA MULTIPARE

Durée	Nombre	%	Morts	%
-de 6h	40	60	0	0
+de 6h	26	40	6	23

La démonstration est éclatante. Et nous pourrions nous passer de ce pourcentage de 23 % qui ne signifie pas grand chose. Les 6 morts se retrouvent toutes dans les accouchements dont la dilatation a dépassé 6 heures d'horloge.

II. DUREE DE DILAT. ET MORTALITE CHEZ LA PRIMIPARE

Durée	Nombre	%	Morts	%
6h et -	41	41	2	4,8
7 à 12h	48	48	5	10,4
+ de 12h	11	11	2	18,1

Là encore, c'est évident, nous passons de 4,8% de décès, pour une durée inférieure à 6 heures, à 18% lorsqu'elle dépasse 12 heures, c'est près de 4 fois plus.

DUREE D'EXPULSION ET MORTALITE

C'est l'acte ultime de l'accouchement, mais tout le monde, et depuis longtemps, a insisté sur ses dangers propres. L'enfant a plus ou moins souffert pendant le travail, nous l'avons vu. Son dégagement est réellement une grosse épreuve à traverser, et l'on rappellera ce que l'on a appelé un "essorage du foetus" à travers la filière pelvi-génitale. Le siège, quand il se dégage, est exsangue ou presque, et le sang a été refoulé littéralement vers l'extrémité céphalique.

Les conditions optima sont réunies, et l'on comprend avec quelle facilité se produira l'hémorragie méningée au moindre accrochage, à la moindre brutalité au moindre retard. D'autant plus que le cordon, comprimé, diminue l'apport de sang oxygéné aux centres vitaux.

Mais voyons quelques chiffres :

I. STATISTIQUE GLOBALE

Durée	Nombre d'accts	Morts	%
5'	16	0	0
10'	30	0	0
15'	42	3	7,14
20'	20	2	10
25-30'	24	1	4,16
35' et +	29	6	22,9

La progression du taux de mortalité est à peu près parallèlle à l'augmentation de la durée d'expulsion.

Notons les deux extrèmes : 0 % pour une durée de 5 à 10 minutes, 23 % quand elle dépasse 35 minutes.

Cette courbe ne tient compte, évidemment, que des expulsions spontanées, ou simplement terminées par une manoeuvre de Bracht ou de Mauriceau.

Une différence énorme existe d'ailleurs entre la primipare et la multipare : chez cette dernière, aux tissus souples, dont le plancher périnéal ne sera pas un obstacle sérieux, l'expulsion se déroule sans histoire. Les 3 morts sont trouvés dans une série de 6 accouchements, durée d'expulsion supérieure à 35 minutes.

D'autres éléments ont joué, le volume foetal en particulier, pour ralentir et compliquer le dégagement.

II. DUREE D'EXPULSION ET MORTALITE (M PARES)

Durée	Nombre d'accts	Morts	%
5'	13	0	0
10'	19	0	0
15'	18	0	0
20'	7	0	0
25-30'	7	0	0
35'et +	6	3	50 ?

Remarque : Ne sont pas comptés 4 décès, en rapport avec des accts compliqués.

Chez la primipare, enfin, c'est la progressivité attendue de la mortalité à la durée d'expulsion.

Plus la tête s'attarde, plus l'asphyxie foetale s'intensifie.

III. DUREE D'EXPULSION ET MORTALITE (I PARES)

Durée	Nombre d'accts	Morts	%
5'	2	0	0
10'	17	0	0
15'	23	2	8,7
20'	14	2	14,2
25-30'	14	1	7,1
35'et +	22	3	13,6

TECHNIQUES

DIVERSES ET MORTALITE

Nous venons, en quelque sorte, de disséquer l'accouchement d'un foetus par le siège.

Chaque facteur s'est vu attribuer une part de responsabilité dans l'issue heureuse ou malheureuse de la parturition.

Il nous reste à envisager maintenant l'acte dans son ensemble, et surtout dans son déroulement. C'est à une étude dynamique que nous allons nous livrer où les données variables seront les techniques appliquées à chaque cas, seules ou associées les unes aux autres.

Nous essaierons de chiffrer successivement les résultats :

- des accouchements spontanés, qui le resteront jusqu'au bout, ou seront terminés par des manoeuvres simples (Bracht, Mauriceau) ou des manoeuvres d'extraction, toutes ces manoeuvres correspondant souvent à des échecs d'une tentative d'accouchement à la Vermelin.

- des accouchements controlés par une perfusion intraveineuse lente d'ocytociques (trois séries, nous l'avons vu.)

LES SIEGES NON PERFUSES

Ne rien faire, ou plutôt laisser se dérouler le mécanisme naturel pour ne point risquer en déranger l'ordonnance Harmonieuse, a de longue date paru conforme au bon sens ; c'est notre moderne concept de "l'expectative" que nous disons armée.

A Hippocrate revient peut-être la palme de l'abstentionnisme. Se gardant de toucher au foetus, il conseille, pour stimuler la progression, une méthode pour le moins surprenante. Le Maitre de Cos garotte simplement la femme sur un lit, les jambes écatées. Le lit est alors dressé verticalement et la traverse de ses pieds posée "sur deux fagots de bois sec et souple". Deux hommes, placés un de chaque côté "élèveront alors le lit en haut, d'un mouvement unilatéral, qui ne donne point de secousse de côté", en le laissant tomber sur les fagots, au moment où la femme aura des douleurs. Ils s'arrêteront aussitot qu'elle est délivrée, ou bien recommencent, en tenant toujours le lit vertical. Voilà une méthode bien satisfaisante pour l'esprit, surement peu confortable pour la patiente et d'efficacité inconnue. La statistique ne nous en est jamais parvenue.

Madame LACHAPELLE donne, en 1835, comme premier principe : "Laisser agir la nature".

BAR, en 1919, met en garde les praticiens contre le "prurigo trahendi" qui les amène à bien des erreurs.

BRINDEAU et LANTUEJOUL, en 1937, soutiennent avec force la même opinion. Ils résument ainsi leur façon de conduire un accouchement par le siège :

1. Etre prêt à intervenir s'il survient une complication.

2. Résister au désir de précipiter la marche du travail par des tractions intempestives.

3. Regarder simplement si la progression du foetus se fait suivant le mécanisme classique.

4. Aider à l'exécution de ce mécanisme au cours des derniers temps(dégagement de la tête par une manoeuvre de Mauriceau par exemple.)

Ils concluent nettement : "L'accouchement par le siège est en général un accouchement eutocique même chez la primipare. Les indications à l'intervention sont avant tout d'ordre dynamique, et l'accoucheur doit s'efforcer d'apprécier la valeur fonctionnelle de l'utérus..."

On ne pouvait mieux affirmer, de façon anticipée, les possibilités, maintenant familières, des ocytociques en perfusion lente. Nous y reviendrons.

C'est enfin VERMELIN qui donnera ses lettres de noblesse et une base scientifique à cette attitude, qui deviendra "Sa" méthode. Il part du principe que le risque foetal croit proportionnellement au nombre et à l'importance des manoeuvres, et conseille de n' accepter pour l'expulsion que la seule force de la contraction utérine et des poussées volontaires de la parturiente.

Dans 40 % des cas, pour notre statistique, l'expulsion s'est ainsi réellement déroulée. Mais dans d'autres cas, il a fallu intervenir parce que "ça ne se passait pas tout seul". Examinons les résultats.

SIEGES NON PERFUSES

54 sièges non perfusés, soit 27 % du total.

Mortalité globale : 9,2 % (5 décès)

Accouchement entièrement spontané : VERMELIN . 22 sièges = 40 %

22 sièges, 0 morts I pares : 8 Mortal. 0 %
M pares : 14
Poids moyen : 2750 g

Durée moy. de D. = 8h 1/3
Durée moy. d'ex. = 15'

1 épisiotomie (I pare)
9 accts gemellaires = 9 sièges (40,9 %) dont 4SI

. Terminaison par la manoeuvre de BRACHT ..... 5 sièges = 10 %

Poids moyen : 2700 g Ipares : 2 Mortal. 0 %
Mpares : 3

I. Terminaison par la manoeuvre de MAURICEAU..... 14 sièges = 26 %

Poids moyen : 3100 g 1 mort = 7,1 % mortal.

I pares :4 4
M pares : 10

3 épisiotomies (2 II pares, 1 I pare)

4 gemellaires.

Mais il faut, en fait, distinguer deux situations très différentes :

1. Dans 13 sièges, la manoeuvre de Mauriceau a été utilisée dans des conditions de facilité certaines, et c'est alors, au même titre que la manoeuvre de Bracht, un mode de terminaison de l'accouchement, qui ne cesse d'être "normal". Nous n'avons d'ailleurs eu, dans ce groupe, aucun décès.

2. Dans 1 cas seulement, la manoeuvre a été difficile, et a été pratiquée pour une dystocie de la tête dernière ; nous avons eu une mort foetale. Il s'agissait donc en réalité d'une conception de la manoeuvre toute différente, qui redevient alors une technique dangereuse.

3. Finalement, nous pouvons considérer que 40 sièges sur les 54 de cette série se sont terminés simplement. La proportion est de 74 %

. Terminaison par une extraction de siège ..... 11 sièges = 20 %

4 morts = 36,3 %

1) 3 PE

R.B.,dystocie tête dernière,3580 g = 1 mort
S.F. brutale à complète, 3460 g = 1 mort
Procidence du cordon, hémorragies = 1 mort

2) 1 GE

Procidence du cordon, P. oblique = 1 mort

I pares : 5
M pares : 6 Poids moyen : 3000g

Terminaison par une césarienne (secondaire) ..... 2 sièges = 4 %

Mortalité = 0 %

I pares uniquement.

Dystocies dynamiques sévères (observations anciennes)

Quelques remarques importantes :

1. Les résultats de la méthode de Vermelin strictement appliquée, sont excellents (0 mort). Terminer l'accouchement par une manoeuvre de Bracht ne modifie en rien le pronostic (0 mort).

2. Quand le poids augmente, les chiffres montrent que l'on a eu recours plus souvent à la manoeuvre de Mauriceau, sans qu'il y ait de décès supplémentaire.

3. Par contre un Mauriceau difficile a entrainé un décès. Les extractions de siège nous ont laissé 1/3 de mortalité, ce qui est catastrophique.

Ceci est probablement l'héritage d'un travail qui n'a pas été optimum. Et puis les manoeuvres sont foeticides en elle-mêmes.

LA PERFUSION D'EXTRAITS POST-HYPOPHYSAIRES

C'est le souci logique de faciliter l'expulsion en suppléant la force utérine défaillante, et les efforts de la mère souvent mal coordonnés, qui ont amené l'utilisation de la perfusion de Post-Hypophyse naturelle.

MERGER et ses collaborateurs ont rapidement étendu les avantages de ce mode d'utilisation des ocytociques à la période de dilatation elle-même. Ils obtiennent ainsi des résultats magnifiques (0 % de mortalité.)

Dans notre statistique, nous n'avons hélas que 4 cas de perfusion installée avant dilatation complète. Nous n'en tiendrons donc pas compte.

Signalons, en passant, que nous avons utilisé des perfusions intraveineuses lentes d'extrait post-hypophysaires, à la dose de 10 unités de post-hypophyse pour 500 cc de sérum glucosé isotonique. (Débit réglé à 20 gouttes-minute)

PERFUSION DE POST-HYPOPHYSE

42 perfusions, soit 21% du nombre total.

Mortalité globale : 11,7 % (5 décès)

6 perfusions installées avant "complète"

5 à D = 9 cm, 1 à D = 7 cm

Nombre des décès : 2 (Dyst. dyn.sévères)

36 Perfusions installées à complète

(Nombre des décès : 3) Mort.glob. =8,3 %

1) PARITE ET MORTALITE

I PARES 29 perf. (69 %)....4 morts... M.glob=13,7%

Poids moyen = 3loo g

Durée moyenne de D = 8h 1/2
" " d'exp. = 28'

M PARES 13 perf. (31 %)... 1 mort ...M. Glob.=7,6%

Poids moyen =

Durée moyenne de D = 5h 1/2
" " d'exp. = 21'

2) VARIETE ET MORTALITE

		Nombre	%	Morts	%
Décomplétés	Ipares	23	79,3	3	13
	Mpares	9	69,2	0	0
Complets	Ipares	6	2o,7	1	16,6 (?)
	Mpares	4	30,8	1	25 (?)

3) DUREE DE LA PERFUSION ET MORTALITE

A. I PARES

	NOMBRE		MORTS		POIDS
	N	%	N	%	MOYEN
15' et -	6	20,6	0	0	3025
15 à 30'	9	31	1	11,1	3050
30 à 60'	9	31	3	33,3	3075
60' et +	5	17,4	0	0	3300

B. M PARES

	NOMBRE		MORTS		POIDS
	N	%	N	%	MOYEN
15' et -	8	61,5	0	0	3025
15 à 30'	3	23	0	0	3900
30 à 60'					
60' et +	2	15,5	1	50 (?)	4000

Nous sommes loin des résultats publiés par MERGER. Et si nous disons que la perfusion n'a été installée, en fait, que dans les cas où la dynamique utérine demandait à être corrigée par un ocytocique, ce n'est pas une excuse, la statistique de Merger s'applique précisément à ces dystocies dynamiques. Il est probable que notre technique n'avait pas la précision ni la rigueur voulue.

A défaut d'amélioration du taux de mortalité globale, peut-être avions-nous gagné du terrain quant au déroulement de l'accouchement lui-même ?

Nous avons dressé le tableau ci-dessous :

4) MODE DE TERMINAISON DE L'ACCOUCHEMENT

	STATISTIQUE GLOBALE				I PARES				M PARES			
	N	%	M	%	N	%	M	%	N	%	M	%
R.	23	54,7	2	8,7	15	51,7	2	13,3	8	61,5	0	0
A.	1	2,3	0	o	0	0	0	0	1	7,9	0	0
U. cile	13	31	1	7,6	11	38	1	9	2	15,3	0	0
U. st.	2	4,8	1		2	6,9	1		0			
TR.	3	7,2	1	33,3	1	3,4	0	0	2	15,3	1	5o?
S.	0		0									
TAL cts mpl.	5	12	2	40								
TAL cts mpl.	37	88	3	8,1								

Nous avons groupé dans la catégorie "accouchements compliqués" ceux qui se sont terminés par une manoeuvre de petite ou grande extraction ; ainsi que les cas de dystocies de la tête dernière, traitées par une manoeuvre de Mauriceau, plus ou moins facile.

Dressons un bilan rapide :

A l'actif de la méthode : une augmentation de la proportion d'accouchements terminés spontanément, ou à l'aide d'une manoeuvre de Bracht ou d'une manoeuvre de Mauriceau facile, et surtout une très grosse diminution des manoeuvres d'extraction (7 % au lieu de 20 %) qui apparaissent légèrement moins meurtrières.

Mais surtout l'accouchement est resté normal dans 88 % des cas, comptant une mortalité de 8,1 %.

Des interventions majeures sont venues le compliquer dans 12 % des cas, la mortalité est montée dans ces cas, à 40 %.

Nous avons alors fait appel à un produit nouveau, une ocytocine synthétique, dont nous espérions une action plus douce, plus progressive sur la fibre utérine, et une plus grande régularité dans le pouvoir ocytocique. Nous n'avons eu que rarement l'occasion de déplorer l'action hypertensive de la Post-Hypophyse, mais c'était encore là un des avantages appréciables de l'ocytocique synthétique.

LES PERFUSIONS D'OCYTOCINE SYNTHETIQUE

98 sièges ont bénéficié d'une perfusion de SYNTOCINON*

Mortalité globale : 4,08 % (4 décès)

Il est nécessaire de distinguer 2 séries :

SERIE I — 39 perfusions installées à dilatation "complète"

Correspondent, en gros, à la période initiale d'utilisation :

1958	3 perfusions
1959	12 perfusions
1960	20 perfusions
1961	4 perfusions

SERIE II — 59 perfusions installées avant dilatation "complète"

Correspondent à une deurième période :

1958	1 perfusion
1959	17 perfusions
1960	11 perfusions
1961	30 perfusions

La technique d'utilisation est la même que pour les extraits hypophysaires : perfusion intra-veineuse lente de 5 unités du produit (SYNTOCINON *) dans 250 cc de sérum glucosé isotonique.

PERFUSION DE SYNTOCINON. SERIE I

39 perfusions à dilat. "complète", 19,5% du tot.

Mortalité globale : 5,1 % (2 décès)

1) PARITE ET MORTALITE

I PARES 25 perf. (64 %).. 1mort...M glob.=4%

Poids moyen = 3060 g

Durée moyenne de D = 7h 1/4
" " d'exp. = 25' 1/2

M PARES 14 perf.(36 %).. 1mort...M glob.=7,1%

Poids moyen = 3450 g

Durée moyenne de D = 8h
" " d'exp. = 18'

2) VARIETE ET MORTALITE

		Nombre	%	Morts	%
Décomplétés	I pares	20	80	0	0
	M pares	9	64,2	1	11,1
Complets	I pares	5	20	1	20
	M pares	5	35,8	0	0

3) DUREE DE LA PERFUSION ET MORTALITE

A. I PARES

	NOMBRE		MORTS		POIDS
	N	%	N	%	MOYEN
15' et -	12	48	1	8,3	3000
15 à 30'	8	32	0	0	3000
30 à 60'	1	4	0	0	3250
60' et +	4	16	0	0	3380

B. M PARES

15' et -	10	71,4	0	0	3500
15 à 30'	1	7,2	0	0	3210
30 à 60'	3	21,4	1	33,3	3400
60' et +	0				

4) MODE DE TERMINAISON DE L'ACCOUCHEMENT

	STATISTIQUE GLOBALE				I PARES				M PARES			
	N	%	M.	%	N	%	M	%	N	%	M	%
VER.	10	25,6	0	0	7	28	0	0	3	21,40		0
BRA.	9	23,2	0	0	6	24	0	0	3	21,40		0
MAU.	20	51,2	2	10	12	48	1	8,3	8	57,21		12,5
EXT.	0				0				0			
CES.	0				0				0			

C'est déjà beaucoup mieux.

La mortalité globale n'est plus que de 5,1 % au lieu de 9,2 % dans les sièges non perfusés.

Les manoeuvres d'extraction n'ont plus été nécessaires dans cette série.

L'expulsion spontanée, terminée par une manoeuvre de Mauriceau a entrainé cependant deux décès. L'un reste assez inexplicable, peut-être une faute de technique a-t-elle été commise. Il s'agissait d'une primipare.

L'autre s'explique probablement par la longueur excessive du travail (17 heures, il s'agissait d'une II pare de 34 ans) Une thérapeutique de la dystocie dynamique, par la perfusion d'ocytocique, aurait été bénéfique.

La dernière série va nous en donner l'assurance.

PERFUSION DE SYNTOCINON. SERIE II

59 perfusions avant "complète", soit 29,5 % du T.

Mortalité globale : 3,4 % (2 décès)

1) PARITE ET MORTALITE

I PARES 36 perf. (61%) .. 1 mort M.glob.=2,7%

Poids moyen = 3150 g

Durée moyenne de D= 8h
" " d'exp. = 21' 1/2

M PARES 23 perf.(39%) ... 1 mort M.glob.=4,3%

Poids moyen = 3060 g.

Durée moyenne de D = 5h
" " d'exp. = 16'

2) VARIETE ET MORTALITE

		NOMBRE	%	MORTS	%
Décomplétés	I pares	28	77,7	1	3,5
	M pares	14	61	1	7,1
Complets	I pares	7	22,3	0	0
	M pares	9	39	0	0

3) DUREE DE LA PERFUSION ET MORTALITE

A. I PARES

	NOMBRE		MORTS		POIDS
	N	%	N	%	MOYEN
15' et -	0		0		
15 à 30'	5	13,8	0	0	2600
30 à 60'	10	27,6	0	0	2900
60' et +	21	58,6	1	5	3350

B. M PARES

	NOMBRE		MORTS		POIDS
	N	%	N	%	MOYEN
15' et -	2	8,8	0	0	2250
15 à 30'	7	30,4	0	0	3300
30 à 60'	7	30,4	1	14,2	3200
60'à +	7	30,4	0	0	3200

4) MODE DE TERMINAISON DE L'ACCOUCHEMENT

	STATISTIQUE GLOBALE				I PARES				M PARES			
	N	%	M	%	N	%	M	%	N	%	M	%
.	9	15	0	0	4	11,1	0	0	5	21,7	0	0
.	25	12,5	0	0	16	44,4	0	0	9	39	0	0
. ile	20	34	0	0	13	36	0	0	7	30	0	0
.pour tocie	2	3,5	2	100	1	2,8	1	)	1	5	1	
R.	3	5	0	0	2	5,7	0	0	1	4,3	0	
AR.	0		0									
AL ts ples	54	91,5	0	0	33	91,5	0	0	21	90,7	0	
AL ts pl.	5	8,5	2	40	3	8,5	1		2	9,3	1	

Les résultats se sont encore améliorés.

La mortalité globale n'est plus que de 3,4 %, à peu près le tiers de la mortalité des accouchements non perfusés. Elle se rapproche ainsi des meilleures statistiques françaises ou étrangères.

Plus de 9/10 des accouchements, tant chez la multipare que chez la primipare, se sont terminés simplement, spontanément ou aidés de manoeuvres simples. Aucun décès n'a été à déplorer.

Dans 8,5 % des cas, il a été nécessaire d'intervenir. Dans 3 cas (5%), le foetus a été extrait, sans aucune mortalité, alors que l'on sait combien les manoeuvres d'extraction sont dangereuses pour le foetus.

Les deux derniers cas, deux décès, ont été des manoeuvres de Mauriceau : l'une a été appliquée sur la tête, volumineuse, d'un foetus de 4200 g. Quant à l'autre, il s'agissait d'un bassin entièrement explorable. Dans les deux cas, il semble que la césarienne aurait été de loin préférable.

En résumé, si l'on attribue les deux seuls cas malheureux de la série à une erreur d'indication opératoire, que l'on peut supposer évitable, nous trouvons une série de 59 sièges sans un seul décès !

La perfusion lente d'ocytocique n'a évidemment pas amélioré le problème de la disproportion foeto-pelvienne, qui doit toujours être décelée avec le plus grand soin, et le plus précocement possible.

INTERVENTION CESARIENNE

Nous rappellerons brièvement, pour terminer, la place que tient l'opération Césarienne dans notre statistique :

1) Césarienne systématique : 19 cas

Nous ne redonnerons pas ici la nomenclature de leurs différentes étiologies. Elle a été exposée dans la liste des cas exclus de la statistique.

2) Césarienne secondaire :

2 cas ..... 1 % du nombre total des sièges.

Il s'agissait d'une dystocie dynamique dans les deux cas ; les perfusions d'ocytociques n'étaient pas encore utilisées dans le service à cette époque.

Notons d'ailleurs la rareté de l'intervention Césarienne dans notre statistique, les indications en sont discutées avec rigueur, nous l'avions déjà signalé.

C O N C L U S I O N S

La mortalité foetale dans l'accouchement en présentation du siège parait imputable en grande partie aux manoeuvres d'extraction que l'on est amené à pratiquer pour terminer l'accouchement. Ce travail vient nous donner une nouvelle preuve de cette notion classique.

Au moment où cesse l'évolution spontanée, où commence le domaine des interventions, (Mauriceau pratiqué pour dystocie de la tête dernière, Grande ou petite extraction) apparaissent aussi les cas malheureux. L'idéal serait probablement de s'en tenir à une abstention totale, respectant intégralement le mécanisme naturel de l'accouchement par le siège, qui apparaitrait alors, comme une présentation pleinement eutocique.

Mais ce serait exiger, pour tous les cas des conditions tant maternelles qu'ovulaires, absolument idéales. Nous n'avons trouvé, sur une série, que 40 % de sièges se rapprochant de ces conditions.

C'est qu'il existe des facteurs inévitables : l'âge de la mère, sa parité, la disproportion foeto-pelvienne. Le déroulement du travail, l'expulsion sont souvent anormaux. Dans certains cas, même, l'accouchement par voie basse a été refusé : ainsi nous avons pratiqué sur 247 sièges, 19 césariennes systématiques (7,7 %).

Entre ces deux extrèmes, la grande majorité des accouchements sont terminés par des manoeuvres simples, Bracht ou Mauriceau. En ne considérant que les cas où ces manoeuvres sont faciles, simplement destinées à faciliter la fin d'une expulsion qui traine, l'accouchement peut encore être considéré comme normal. Dans nos 3 séries où la dilatation n'a pas été aidée d'ocytociques en perfusion, la proportion de ces accouchements normaux a été de 71 % et de 88 %, de 100 % même dans la dernière série, ce qui parait une heureuse série. Mais une certaine mortalité persiste, qui ne s'abaisse pas à moins de 5,2 % (mortalité glogale).

Enfin, il faut parfois extraire le siège, avec une fréquence allant jusqu'à 20 % des cas (série non perfusée).

Réduire la fréquence des manoeuvres meurtrières, et améliorer leur pronostic, réduire un peu plus la mortalité au cours des accouchements normaux, c'est le but que nous a permis d'atteindre l'utilisation systématique, pendant le travail et pendant l'expulsion, de la perfusion intra-veineuse lente d'ocytociques naturels, et maintenant surtout, synthétiques.

Nous avons pu juger des résultats dans notre dernière série. L'accouchement s'est déroulé normalement dans 91,5 % des cas, avec une mortalité nulle. Dans 5 % des cas, nous avons du pratiquer une extraction du siège, mais sans aucun échec. Quant à la manoeuvre de Mauriceau, utilisée dans 2 cas pour traiter une dystocie de la tête dernière, elle a abouti à 2 échecs.

A part ces deux accouchements malheureux, la mortalité est donc restée nulle. La perfusion d'ocytocine synthétique, mieux peut-être même que la naturelle, pendant le travail, nous parait être d'un apport bénéfique dans l'accouchement du siège par voie basse.

Elle régularise la dynamique utérine, si souvent mise en cause dans la présentation du siège, et principal facteur de dystocie. Au moment de l'expulsion spontanée ou provoquée, l'enfant se trouvera dans les conditions de résistance les meilleures.

LES CAS MALHEUREUX.

S. 394 du 24.6.1956

I pare de 20 ans, à terme
Siège décomplété
Dilatation 11 cm après 10 H de travail
Installation, à complète, d'une perfusion IV lente de 10 unités de P-H dans 500 cc de s.glu.
Expulsion difficile, relèvement des bras
Durée de l'expulsion : 40'. Episiotomie
Naissance d'une fille morte-née, pesant 3400 g.

S. 559 du 13.9.1956

I pare de 17 ans, à terme
Siège complet
Dilatation 11 cm après 8 H de travail
Expulsion difficile, dystocie de la tête dernière
Essais succe sifs d'un Bracht, d'un Mauriceau
Après 45', et avec une épisiotomie
Naissance d'une fille pesant 3000 g que l'on ne parvient pas à ranimer (syncope blanche)

S. 645 du 19.10 56

I pare de 25 ans, à terme
Siège décomplété
Dilatation 11 cm après 6 H de travail
Installation d'une perfusion de P-H
Manoeuvre de Mauriceau facile. Expulsion 30'
Naissance d'un garçon pesant 3180 g mort-né.

S. 297 du 20.4.1957

I pare de 22 ans, à terme
Siège complet
Dilatation 9 cm après 5 H de travail
Installation d'une perfusion de P-H
Complète après 30'. Expulsion spontanée, durant 20'
Naissance d'un garçon pesant 2650 g, vivant mais achondroplasique. Décédé au bout de 3 H.

S. 442 du 8.6.1957

I pare de 19 ans, au terme de 8 mois
Présentation céphalique, procidence du cordon
Dilatation 11 cm après 13 H de travail
Souffrance foetale, version par man.internes
Terminaison de l'acct. par une grande extraction
Manoeuvre difficile, relèvement des bras
Episiotomie
Naissance d'un graçon mort-né, pesant 2270 g.

OBS. 58 du 22.1.1958
I pare de 24 ans, à terme
Siège décomplété
Dilatation 7 cm après 11 H de travail, C.U. de très mauvaise qualité, et rares
Installation d'une perfusion de P-H
Dilatation complète 15' après
Expulsion durant 35'. Relèvement des bras
Manoeuvre de Mauriceau. Episiotomie
Naissance d'une fille mort-née pesant 3000 g
Syncope blanche.

') OBS. 484 du 19.6.58
I pare de 24 ans, à terme
Siège complet
Dilatation 11 cm après 7 H de travail
Souffrance foetale brutale et intense pendant l'expulsion, qui dure 15'
Petite extraction, manoeuvre de Mauriceau
Episiotomie
Naissance d'un garçon mort-né pesant 3460 g.

) OBS. 570 du 20.7.58
II pare de 34 ans, à terme
Siège décomplété
Dilatation complète après 17 H de travail
Installation d'une perfusion de 5 unités de Syntocinon dans 250 cc de sérum glucosé
Souffrance foetale pendant l'expulsion : 15'
Manoeuvre de Mauriceau facile
Naissance d'un garçon mort-né, pesant 3440 g.

) OBS. 639 du 23.8.58
4 pare de 38 ans, à terme
Siège complet
Dilatation 11 cm après 7 H de travail
Installation d'une perfusion de P-H
Expulsion durant 1 H
Souffrance foetale soudaine
Petite extraction.
Manoeuvre de Mauriceau difficile. Episiotomie
Naissance d'un garçon, pesant 4140 g
Quelques BDC à la naissance. Mort après 30' de tentatives de réanimation.

) OBS. 59 du 20.1.59
II pare de 23 ans, au terme de 8 mois
Siège complet
Petite extraction pour procidence du cordon et décollement prématuré du placenta probable
Naissance d'une fille mort-née, pesant 2000 g.

) OBS. 418 du 24.5.59
I pare de 25 ans, à terme
Siège complet
Dilatation 11 cm après 7 H de travail
Installation d'une perfusion de 10 unités de Syntocinon dans 500 cc de sérum glucosé
Expulsion durant 15'
Manoeuvres de Mauriceau, épisiotomie
Naissance d'un garçon mort-né, pesant 3500 g.

OBS. 563 du 27.6.59

4 pare de 34 ans, à terme
Siège complet
Pas de renseignements sur le travail
Petite extraction pour souffrance foetale
Manoeuvres difficiles, relèvement des bras
Naissance d'un garçon, pesant 3580 g
Mort après 30' de tentatives de réanimation.

OBS. 578 du 1.7.59

6 pare de 35 ans, à terme
Après 9 H de travail
(Présentation céphalique)
Souffrance foetale à dilatation 7 cm
Version par manoeuvres internes
Grande extraction du siège
Naissance d'un garçon mort-né, pesant 3380 g.

OBS. 353 du 25.4.60

8 pare de 34 ans, au terme de 7 mois 1/4
Après un travail incontrolé de 21 H
Présentation oblique et procidence du cordon
Grande extraction du siège après verticalisation
Naissance d'un garçon vivant, pesant 2150 g
Hémorragie méningée
Décès à la 15ème H.

OBS. 262 du 14.4.61

I pare de 26 ans, à terme
Dilatation 7 cm après 4 H de travail
Dystocie dynamique
Installation d'une perfusion de Syntocinon
Dilatation se complétant en 2 H 30'
Echec de la manoeuvre de Bracht.
Manoeuvre de Mauriceau. Episiotomie
Naissance d'un garçon mort-né, pesant 4190 g
A noter le volume important de la tête foetale.

OBS. 616 du 27.8.61

3 pare de 29 ans, au terme de 8 mois 1/4
Siège décomplété
Dilatation 9 cm après 12 H de travail
Installation d'une perfusion de Suntocinon
Dilatation se complétant en 10'
Expulsion durant 40'
Manoeuvres de Mauriceau relativement difficiles
(bassin entièrement explorable)
Naissance d'un garçon mort-né, pesant 3250 g.

B I B L I O G R A P H I E

HUMADA. Prensa Méd. Argentina 47. 217 1948

LAMARTINE R.- Application de la méthode de Bracht à l'accouchement en présentation du siège.- Thèse Lyon, 3 Juillet 1951 n° 125, 56 pages.

RNOT P.H. et NELSON D.R.- Les accouchements par le siège en clientèle Am. J. Obs. Gyn., Sept. 1952, 64, n°3, 591-606.

ALTZER H.- Conclusions à propos de "Conduite de la période d'expulsion par l'administration intraveineuse d'orasthine avec considérations particulières sur 100 accts par le siège".- Zbl. Gyn., 1952, n°9, 343-345.

EGUERE.- Etude statistique de la mortalité intra-partum et néo-natale des enfants nés en présentation du siège. Thèse Paris, 1953, n° 310

ELETSKAIIA L.M.- L'accouchement dans la présentation du siège.- Akoucherstvo i Guinekologuiia, 1954, n°6, 39-42.

OSCH K. et KASER O.- L'ocytocine en Obstétrique. Journal Suisse de Médecine, 1956, n°9.

RINDEAU et LANTUEJOUL P.- La présentation du siège.La version.Paris 1937

ORIE C.H.- Les présentations du siège, traitées par la grande extraction systèmatique (étude et statistique de 42 observations en série continue) Thèse Paris 1956n°246

ALKINS L.A.- Présentation du siège.- Am. J. Obs. Gyn., Mai 1955, 68 n° 5, 977-983.

REZE J.- Morbidité et mortalité foetales dans l'accouchement par le siège.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1953, 5,n°2,231

REZE J. et ROUCHY R.- Etude critique de 1096 perfusions de post-hypophyse Gyn; et Obst., 1957, 56, n°1 pp 79-93.

ALEY D. et MICHAEL A.M.- Le risque foetal dans la présentation du siège J. Obst. Gyn. Brit. Emp., Aout 1953, 60, n°4,492-601

DALLEY G.- Le traitement logique de la présentation du siège.- J. Obst. Gyn. Brit. Emp., Déc. 1952, 59, n° 6, 841-843.

DELLENBACH P. et KELLER B.- La perfusion intraveineuse d'ocytocique dans la présentation du siège.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obs. Avril-Mai 1959, 11, n°2, 192-193.

DESMOULINS G.- De l'accouchement en présentation du siège par la méthode de Bracht.- Thèse Bordeaux, 21 Juillet 1953, n°234, 31 pages.

DOOR E.M.- Présentation du siège et travaux.- Surg. Clin. North. Amer. Févr. 1953, 33, n°1, 77-85.

FACQ.- Thèse Nançy, 1950.

FELL M.R.- La position du placenta et la présentation du siège.- J. Obs. Gyn. Brit. Emp., Oct. 1953, 63, n° 5, 760-765 .

FOUQUE.- Etude clinique et expérimentale d'un ocytocique de synthèse. Thèse, Marseille, 1958.

FRANCIS M.M. et FRANCIS W.J.A.- Clinical trial of synthetic ocytocin. Brit. Med. J., 19 Mai 1956, 1136.

GIGON C.- La conduite à tenir en cas de présentation du siège.- Thèse Paris, 1957, n° 793, 34 pages.

GOETHALS T.R.- La césarienne en tant que méthode de choix dans le traitement de la présentation par le siège.- Am. J. Obs. Gyn., Mars 1956, 71, n°3, 536-552.

GOBEL A.- Conduite de la période d'expulsion par l'administration intraveineuse d'Orasthine avec considérations particulières sur 100 accouchements par le siège.- Zbl. Gyn.,1952 n° 9, 337-343.

GRANJON et HENRION R.- Conduite à tenir au cours de l'accouchement en présentation du siège.- Gyn. Obst., Janvier-Mars 1959, 58, n° 1, 43-64 (Bibliogr.)

GRIEFAHN S. et HIEKE A.- Une extension des interventions obstétricales permettra-t-elle de réduire la mortalité périnatale dans la présentation du siège? - Zbl. Gyn., 13 Décembre 1958, 80, n° 50, 1967-1971 (Bibliogr.)

HALL J.E. et KOHL S.- La présentation par le siège.- Am. J. Obst. Gyn., Novembre 1956, 72, n° 5, 977-990 (Bibliogr.)

HAY D.- Remarques sur la présentation et l'accouchement par le siège.-J. Obst. Gyn. Brit. Emp., Aout 1959, 66, n° 4, 529-547 (Bibliogr.)

EBERT J.- Présentation du siège.- Feuillets Méd., Mars 1957, 3, n° 23, 1-6.

ECKLINGER P.- Comment se produit l'accouchement en cas de présentation par le siège ? - Arch. of Gyn., 1956, 187, n° 5, 747-760 (Bibliogr.)

EDBERG E.- Les délivrances par le sièges ; la mortalité foetale.- Acta Obst. Gyn. Scand., 1957, 36, n° 3, 356-373 (Bibliogr.)

ESSELER P.O.- Dégagement de la tête dans les sièges décomplétés.- Zbl. Gyn., 1954, 76, n° 34-A, 1429-1431.

UDNELL WARE H. et ROBERT L.W.- Le traitement de la présentation du siège.- Am. J. Obst. Gyn., Avril 1954, 67, n° 4, 768-781 (Bibliogr.)

UNTER W.- La présentation par le siège.- J. Indian Med. Prof., Janvier 1956, 2, n° 10, 936-941. (Bibliogr.)

AROUSSE J. et LERAT M.F.- Etude des facteurs du pronostic et de la détermination de la conduite à tenir dans la présentation du siège?- Rev. Fran. Gyn. et Obst., 1959, n° 2, pp 91-108.

" " -Etude statistique des résultats d'une série de 368 accouchements par le siège. Bull. Féd. Soc. Gyn. et Obst., 1958, 10, n° 3, pp 345-350.

RANROCH H. P.E.- Contribution à l'étude de la mortalité et de la morbidité foetale et néonatale dans l'accouchement par le siège.- Thèse Paris, Décembre 1952, 51 pages.

ALTREIDER F.- Les composantes foeto-pelviennes dans les présentations par le siège.- J.A.M.A., 14 Septembre 1957, 165, n° 2, 132-135.

INRALOVA N.W.- Conduite active de l'accouchement dans le cas de présentation par le siège.- Akoucherstvo Guinek.(Moscou) 1956, n° 2, 80-8L.

RAUSSOLD E.- Présentation du siège et césarienne.- Zbl. Gyn., 1952, n° 36, 1425-1430.(Bibliogr.)

RUHNEL P.- Conduite active opposée à la conduite passive dans l'accouchement par le siège. Valeur prophylactique de la version externe au cours de la grossesse. Acta Obs. Gyn. Scandinavia, 1954, 33, n° 4, 360-383 (Biblio.)

ACOMME M. et LE LORIER G.- Sur quelques éléments du pronostic foetal dans la présentation du siège. Réflexion sur les indications du traitement chirurgical. Rev. Franç.Gyn. et Obst., 1955, 11, 12, 348.

LAFEY R.- L'indication de la césarienne dans la dystocie du siège en Afrique du Nord Française.- Thèse Alger, 1954, n°11.

LAHAYE M.- La perfusion d'Orasthine dans la présentation du siège.- Bruxelles Médical, 21 Juillet 1957, n° 30, pp1119.

LANTUEJOUL P.- Considérations sur la présentation du siège chez la primipare.- Leçons du Jeudi soir à la clinique Tarnier, 1936.

LANVIN et TREVOUX.- Attitude du praticien devant la présentation du siège. Revue du Praticien, 1955, V 21.5

LAW.- Thèse Cambridge 1951.

LAW R.G.- Les présentations par le siège dans la grossesse et le travail Practitionner, Juillet 1954, 173, n° 1033, 24-31.

" - Quelques aspects de l'accouchement par le siège.- J. Obst.Gyn. Brit. Emp. Aout 1955, 614-621.

LAZAR C.- Contribution à l'étude de la présentation du siège au point de vue pronostic et thérapeutique.- Thèse Paris, 1953, n° 815.

LINDGREEN L.- La période de dilatation dans l'accouchement par le siège étudiée à l'aide de la tocographie intra-utérine. Arch. f. Gyn., 1960, 194, n° 1, 13-16.

LORIAU M. (Mlle).- Conduite à tenir, actuelle, dans la présentation du siège, et pronostic foetal.- Thèse Paris, Mars 1954, n° 188, 32 pages.

MAHON R.- La perfusion hypophysaire dans les accouchements par le siège. Sem. Hôp. Paris, 10 Juillet 1957, pp 2680-2681.

MAIR J.- Conduite à tenir dans la présentation du siège. Lancet, 22 Aout 1953, 265, n° 6782, 361.

MAYER A.- Importance particulière de la présentation du siège décomplété avec des membres inférieurs fléchis en hyperextens. Zbl Gyn., 1954, 76,n° 9, 341-343.

MERGER R., MELCHIOR J., CHICHA C.- Perfusion intraveineuse lente de post-hypophyse au cours du travail. Deux mille observations portant sur huit années. Etude des indications et des résultats.- Gyn. et Obst. 1958-57, n° 4, pp 349-361.

MERHY M.- Les manoeuvres de Bracht dans l'accouchement par le siège. Rev. Gin. e Obst., Février 1956, 98, n° 2, 109-115.

MORENO.- Perfusion de post-hypophyse dans l'accouchement par le siège. Thèse Paris, 1955, n° 1056.

MORGAN H.S.- La présentation par le siège.- Rocky Mount. J., Juin 1957, 54, n° 6, 559-604.

PALIEZ R. et DELECOUR M.- La présentation du siège chez la primigeste. Sem. Hôp. Paris, 20 Décembre 1955, n° 75-78.

PAQUET P. et PIRSON C.- La présentation du siège. Etude comparative des méthodes de Bracht et de Mauriceau.- Bruxelles Méd., Février 1947, n° 8, pp 400-410.

PARESTANT J.- Les présentations dystociques du siège. Eléments du pronostic, du diagnostic, et du traitement.- Thèse Paris, 1942, n° 345, 59 pages.

PIGEAUD, NEUMANN E., ALAMARTINE R.- Application de la méthode de Bracht à l'accouchement en présentation du siège.- Gyn. Obst., 1953, n°4, 325-330.

QUIVY J. et DEJOIE A.- Utilisation du Syntocinon en Obstétrique. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Aout-Sept. 1956, 8, n° 4.

SCHMIDTZ H.E., SMITH C.J. et CLUMPER E.R.- Les résultats des sièges au Lewis Memorial Maternity Hospital (Loyola, Missouri, USA)- Am. J. Obst. Gyn., Mai 1955, 69, n° 5.

SUZOR R.- A propos de l'accouchement en présentation du siège.- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1957, 9, n° 4bis, 684-685.

TANGUY P.- Etude statistique de la mortalité foetale dans la présentation du siège. Série continue de 371 cas.- Thèse Paris 1959, n° 997, 63 pages.

TORRE M.PH. et ILLOUZ G.- De la perfusion de Post-hypophyse en présentation du siège.- Rev. Franç. Gyn. Obst., Mars 1961, 56, n° 3, 179-205.

TRIBALET J.- La présentation du siège chez la primipare.(Etude statistique).- Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Avril-Mai 1957, 9, n° 2, 141-143.

VAN D. KNIGHT R. et O'CONNEL P.- Une analyse des accouchements par le siège pendant une période de dix ans (1939-1948) Am. J. Obst. Gyn., Nov. 1952, n° 5, 1049-1060.

VARANGOT et COTE.- Les perfusions d'extraits post-hypophysaires au cours du travail. Revue de 634 observations.- Sem. Hôp. Paris, 20 Mars 1955, 31, n° 18, pp 58-65.

VERMELIN H.- Notre statistique de l'accouchement en présentation du siège Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1959, 11, n° 4bis, 369-400

VAUDESCAL.- Le pronostic de l'accouchement par le siège.- Leçons du Jeudi soir à la Clinique Tarnier, 1930, 178.

VERMELIN et RIBON.- Présentation du siège.- Encyclopédie Méd.-Chir., Obst., 1952, vol. 1.

WARD V.C. et PARSONS R.M.- Analyse des accouchements par le siège pratiqués pendant cinq ans.- Am. J. Obst. Gyn., Février 1955, 69, n° 2, 284-288.

WATCHINADZE I.K. et PERLO N.A.- Les résultats immédiats et rapprochés pour la mère et l'enfant, d'un accouchement par le siège.- Akoucherstvo i Guinekologuiia (Moscou) 1960, n° 5, 24-27.

ZACHARIAS.- Am. J. Obst. Gyn., 1950, 60, n° 6, pp 1352.

Vu, le Doyen

Léon BINET

Vu, le Président de Thèse

R. MERGER.

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE.